CONSTRUYENDO EL ACCESO PÚBLICO UNIVERSAL A LA SALUD

Plan Maestro Nacional de la Red de Atención en Salud

El Nacimiento de la Espiral

INSTITUTO DE SALUD INCLUYENTE

Construyendo el acceso público universal a la salud

Plan Maestro Nacional de la Red de Atención en Salud
El nacimiento de la espiral

Guatemala 2020-2025

Serie: Hacia una reforma de salud integral e incluyente

GUATEMALA, mayo 2018

Construyendo el acceso público universal a la salud
Plan Maestro Nacional de la Red de Atención en Salud
El nacimiento de la espiral
Serie: Hacia una reforma de salud integral e incluyente

ISBN: 978-9929-738-91-1

Elaborado por
Instituto de Salud Incluyente-ISIS
Edición: mayo 2018.

Coordinación
Lidia Morales
Juan Carlos Verdugo

Investigación y redacción
Gustavo Molina
Juana Milián
Carmen Arriaga
Zully Hernández
Raquel Díaz
Donato Camey
Karina Sanabria
Cristian Osorio
Gustavo Estrada

Diseño y portada : María Larissa Verdugo Rivas
El movimiento cromático es generador de energía. Este, vinculado con la geometría sagrada, conforma un aspecto fundamental de lucha y voluntad por alcanzar un orden armónico entre la vida y la naturaleza.

Esta publicación fue elaborada con el apoyo del Gobierno de Navarra, Ayuntamientos de Zaragoza y Madrid y Medicus Mundi. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del Instituto de Salud Incluyente y sus autores(as). Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente.

Diagramación e impresión
Serviprensa, S. A.

Primera edición
Guatemala 2018

Para más información comunicarse a
Instituto de Salud Incluyente-ISIS
Km. 30.1 carretera hacia Antigua Guatemala. Condominio Los Cipreses, casa 1A
Teléfono: 502 40126778
Correo electrónico: secretaria@isis.org.gt

PRESENTACIÓN

La población guatemalteca, dados sus procesos históricos, políticos, económicos, sociales y culturales, ha enfrentado importantes dificultades para lograr la equidad en el desarrollo humano y bienestar. Esto se ve reflejado en que una parte mayoritaria es vulnerable por la exclusión y no logra obtener el acceso a los bienes y servicios sociales que les permitan vivir de forma saludable, con oportunidades para realizar sus aspiraciones personales, familiares y comunitarias.

En el ámbito de la salud, si bien se han logrado algunas mejoras en los indicadores básicos, aún persisten los severos problemas de exclusión social que determinan un perfil de enfermedad complejo y no atendido por un sistema de salud fragmentado y segmentado, y por una red de servicios que no logran garantizar el acceso, la calidad y la efectividad en la atención.

Se ha documentado ampliamente que el sistema de salud guatemalteco segmenta a la población por su capacidad de pago, generando accesos diferenciados a distintos proveedores que, de forma fragmentada, proveen servicios de acuerdo a esta condición económica y no por sus garantías de ciudadanía como reza la Constitución Política de la República.

El principal proveedor de servicios de salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS– que tiene la responsabilidad constitucional de atender a toda la población del país, sin embargo, este mandato contrasta con la baja prioridad otorgada por el Estado a la salud. El MSPAS cuenta con uno de los más bajos presupuestos ministeriales (cercano al 1% del PIB) y ha enfrentado, entre otros muchos problemas, dificultades en la incorporación del personal a rubros estables de contratación, además de la merma en sus capacidades para la rectoría del sector salud.

Aun con estas dificultades, el MSPAS ha desarrollado, con los años, un importante trabajo de atención en las comunidades, una red de servicios que, en el contexto de carencias descrito, logra atender con sus recursos precarios a cierta cantidad de guatemaltecos y guatemaltecas.

Es innegable la necesidad de avanzar hacia otro nivel de provisión de servicios y de atención de la salud en el que todos y todas las ciudadanas guatemaltecas puedan lograr vidas largas y saludables.

Este desafío implica tomar lo ya existente, reconceptualizarlo y reordenarlo, de manera que sea posible para el Estado guatemalteco lograr una atención que, desde la perspectiva de los derechos humanos, permita que la salud de la población mejore de forma permanente y sostenible.

En consonancia con estas afirmaciones, Mediante este documento se presenta a la sociedad guatemalteca en general y de forma particular al MSPAS, una propuesta de transformaciones conceptuales, organizacionales y operativas, que busca mejorar la salud de la población guatemalteca de forma integral y con equidad.

Este documento es el segundo de la Serie Hacia una reforma de salud integral e incluyente, elaborado por el Instituto de Salud Incluyente (ISIS) que tiene como objetivo presentar una propuesta de desarrollo integral de red de atención que se denomina Plan Maestro de la Red Nacional de

Atención en Salud, el nacimiento de la espiral, para el período 2020-2025. Parte de una reconceptualización de las redes de atención en salud (RAS) y se basa en una propuesta de transformación de la red de atención en salud institucional (RASI) del MSPAS.

Esta reconceptualización retoma lo desarrollado en el primer documento de la serie, proponiendo superar la organización por niveles de atención mientras se basa en la experiencia histórica del MIS, como modelo basado en la Atención Primaria de Salud Renovada (APS) y en la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Lo que se propone es un plan de 6 años con el cual se lograría alcanzar el acceso universal a una atención integral e incluyente para la población en todos sus ciclos de vida, mediante un abordaje individual, familiar y comunitario, desde redes locales y distritales de salud. En las siguientes publicaciones de la serie, se presentarán las etapas que completan la red nacional de salud. Esta propuesta de transformación lleva implícito el reconocimiento de otros saberes y maneras de entender la salud y por lo tanto de cómo enfrentar los problemas; así mismo, busca aportar a la búsqueda de la justicia e inclusión social.

AGRADECIMIENTO

La elaboración del nacimiento de la espiral de este Plan Maestro Nacional de la Red de Atención en Salud es gracias a la colaboración y al apoyo de quienes, como el equipo del Instituto de Salud Incluyente, consideran indispensable continuar luchando sin descanso, porque la población guatemalteca llegue a ejercer el derecho a la salud con equidad.

Esta construcción por el acceso público y universal a la salud forma parte del esfuerzo histórico realizado por personas, organizaciones e instituciones que, por misión, buena voluntad y compromiso, se han dedicado a entretejer por caminos de saberes y prácticas, provenientes de muchas cosmovisiones, la realización de la salud y la vida de los pueblos.

Damos pues el reconocimiento y nuestra gratitud a las personas, familias y comunidades de los Distritos de Salud que han sido receptivos y participativos en la construcción del Modelo Incluyente de Salud, por más de dos décadas. A los (as) trabajadores (as) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que conocen y aplican en sus actividades cotidianas las perspectivas de derecho, género, pertinencia intercultural y el respeto a la madre naturaleza, haciendo posible que exista hoy día población con acceso a una atención de calidad. Agradecemos también a los equipos de las dependencias del MSPAS de los niveles técnico-normativo y central que han trabajo por la salud y colaborado con su experiencia en la construcción de este plan.

Un agradecimiento especial al equipo de medicusmundi Navarra –Aragón– Madrid, porque desde la distancia, se hacen sentir con su compromiso y esfuerzo cotidiano por la salud en muchos países del mundo. También gratitud a las organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación por su aporte tanto técnico y financiero a este trabajo.

Por último, agradecemos a todas aquellas guatemaltecas y guatemaltecos que desde sus espacios e iniciativas construyen un mejor país, luchan por la justicia social y por una salud más humana y solidaria.

¡Ixtoh, Ixcanil, Ixcacau, vosotras las que coséis el maíz; y tú chajal, guardián de la comida de Hunbatz y Hunchouén!, dijo la muchacha.
Y a continuación cogió las barbas, los pelos rojos de la mazorca y los arrancó sin cortar la mazorca. Luego los arregló en la red como mazorcas de maíz y la gran red se llenó completamente.

Popol Vuh

ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS	Atención Primaria en Salud
ATOL	Agenda Técnica Operativa Local
AVI	Atención y Vigilancia en Salud Integral e Incluyente
ARES	Atención y Regulación en Salud
AS	Área de Salud (departamental)
BANGUAT	Banco de Guatemala
BM	Banco Mundial
CODEDE	Consejos Departamentales de Desarrollo Urbano y Rural
COMUDE	Consejos Municipales de Desarrollo Urbano y Rural
DAS	Dirección de Área de Salud (departamental)
DMS	Distrito Municipal de Salud
EAPAS	Equipo de Apoyo para la Atención en Salud
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
GEA	Gestión de Calidad
GESE	Gestión y Soporte
ICAT	Implementación Capacitación y Asistencia Técnica (equipo)
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MIS	Modelo Incluyente de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PCOS	Programa Comunitario de Salud
PFAS	Programa Familiar de Atención en Salud
PIAS	Programa Individual de Atención en Salud
PIB	Producto Interno Bruto
RAS	Red de Atención en Salud
RASI	Red de Atención de Salud Institucional
PEI	Plan Estratégico Institucional
PET	Plan Estratégico Territorial (área de salud)
POA	Planificación Operativa Anual
REGOD	Rectoría estratégica y gobernanza democrática
RRHH	Recursos Humanos
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SIMIS	Sistema de Información del Modelo Incluyente de Salud
UTD	Unidades Técnicas Departamentales
VSCS	Vigilancia Sociocultural de la Salud

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 Relación de los elementos esenciales de la APS renovada y los atributos de las RISS con la Red de atención en salud (RAS) y la red de atención en salud institucional (RASI) 31

Cuadro 2 Perspectivas de la red de Atención en Salud 36

Cuadro 3 Macroprocesos de organización en la RASI 46

Cuadro 4 Rectoría estratégica y gobernanza democrática: procesos, subprocesos y actividades de la RASI (2020-2025) 50

Cuadro 5 Conformación y perfil mínimo de los equipos de atención de la RASI en su implementación (2020-2025) 54

Cuadro 6 Ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente 56

Cuadro 7 Atención y regulación en salud: procesos, subprocesos y actividades de la implementación de la RASI (2020-2025) 58

Cuadro 8 Gestión y soporte: procesos, subprocesos y actividades de la implementación de la RASI (2020-2025) 62

Cuadro 9 Instrumentos normativos propuestos a modificarse para fortalecer la atención y vigilancia en salud integral e incluyente 66

Cuadro 10 Bases para el ordenamiento territorial de la RASI 68

Cuadro 11 Instrumentos normativos propuestos a modificarse para fortalecer la gestión y soporte 71

Cuadro 12 Requisitos de información para la implementación de la RASI 74

Cuadro 13 Talleres de capacitación-implementación del MIS y la RASI 82

Cuadro 14 Cronograma global de implementación de la RASI (2020-2025) 85

Cuadro 15 Ciclo preparatorio: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales de Enfermería y nivel nacional (2020-2025) 86

Cuadro 16 Ciclo de reorganización administrativa: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales de Enfermería y nivel nacional (2020-2025) 88

Cuadro 17 Ciclo de creación de condiciones: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales de Enfermería y nivel nacional (2020-2025) 90

Cuadro 18 Ciclo de atención, vigilancia y gestión de la salud: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales y nivel nacional (2020-2025) 91

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Costos de implementación de la RASI por grupos de áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales, dólares y porcentajes del PIB) 17

Tabla 2 Distribución de la tierra cultivable según indicadores seleccionados (2003) 23

Tabla 3 Población que recibe una mejor atención integral en salud o que ingresa al sistema y sectores que son fortalecidos o son habilitados (estimación con población de 2017) 45

Tabla 4 Reordenamiento territorial por área de salud (2017) 70

Tabla 5 Índice de riesgo según condiciones de salud a nivel departamental (2016) 84

Tabla 6 Indicadores macroeconómicos 94

Tabla 7 Costos de implementación de la RASI por grupos de áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales, dólares y porcentajes del PIB) 96

Tabla 8 Costos de implementación de la RASI en áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales) 98

Tabla 9 Rectoría estratégica y gobernanza democrática: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos, subprocesos y actividades, 2020-2025 (en millones de quetzales) 102

Tabla 10 Atención y regulación en salud: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos y subprocesos, 2020-2025 (en millones de quetzales) 105

Tabla 11 Gestión y soporte: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos, subprocesos y actividades, 2020-2025 (en millones de quetzales) 110

Tabla 12 Costos promedio de implementación de la RASI por renglón de gasto, 2020-2025 (en millones de quetzales) 113

Tabla 13 Brecha en la infraestructura de implementación de la RASI según la planificación territorial de 2017 115

Tabla 14 Costeo total de inversión en infraestructura por AS, 2020-2025 (en millones de quetzales) 118

Tabla 15 Costeo total de inversión en puestos de salud, por infraestructura, equipamiento y gasto recurrentes por AS, 2020-2025 (en millones de quetzales) 119

Tabla 16 Costeo total de inversión en puestos de salud, por infraestructura, equipamiento y gasto recurrentes por AS, 2020-2025 (en millones de quetzales) 120

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Costos anuales de infraestructura, equipamiento y servicios de puestos de salud para la implementación de la RASI 2020-2025 (en millones de quetzales) 18

Gráfica 2 Comportamiento de grupos poblacionales por edad, en porcentajes (1950-2098) 20

Gráfica 3 Pirámides poblacionales de los departamentos de Quiché y Guatemala (2017).....21

Gráfica 4 Evolución de la pobreza y pobreza extrema (1989-2014).....22

Gráfica 5 Evolución de la pobreza extrema por grupo de poblicación (1989-2014).....22

Gráfica 6 Porcentaje de hogares con ingresos inferiores a la Canasta Básica Alimentaria y la Canasta Básica Vital según grupos poblacionales y lugar de residencia (2014).....24

Gráfica 7 Porcentaje de población según estrato socioeconómico, grupos poblacionales y lugar de residencia (2014).....25

Gráfica 8 Privaciones de salud, educación e ingresos en porcentajes de hogares según grupos poblacionales (2014) 26

Gráfica 9 Mortalidad infantil según indicadores seleccionados (ENSMI 2014/2015).....27

Gráfica 10 Mortalidad evitable por grupo de enfermedad y grupo de edad (2016).....28

Gráfica 11 Costos de implementación de la RASI por grupos de áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales y porcentajes del PIB).....96

Gráfica 12 Costos totales de la primera etapa de implementación de la RASI por macroprocesos, 2020-2025 (en millones de quetzales y porcentajes del PIB) 99

Gráfica 13 Costos anuales de infraestructura, equipamiento y servicios de puestos de salud para la implementación de la RASI, 2020-2025 (en millones de quetzales).....117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa de componentes de la Red de Atención en Salud 33

Figura 2 Red de Atención en Salud Institucional 34

Figura 3 Modelo de gestión general y macroprocesos de la Red de Atención en Salud 35

Figura 4 Atributos de la Red de Atención en Salud 37

Figura 5 Multiconcepción incluyente de la salud 39

Figura 6 Reproducción social 40

Figura 7 Horizontalización programática 41

Figura 8 Ciclos de implementación de la RASI (2020-2025) 65

Figura 9 Un DMS con una única red de atención en salud institucional local 69

Figura 10 Cronología de los procesos de gestión y soporte en la implementación de la RASI (año 1) 75

Figura 11 Cronología de los procesos de gestión y soporte en la implementación de la RASI (año 2) 76

Figura 12 Pasos y fases de implementación del acercamiento y negociación comunitaria 78

ÍNDICE

Presentación 3
Agradecimientos 5
Abreviaturas y siglas 7
Lista de cuadros 9
Lista de tablas 10
Lista de gráficas 11
Lista de figuras 12
Introducción 15
Resumen Ejecutivo 17

CAPÍTULO I
Determinación social de la salud en Guatemala 19

A. La transición demográfica 19
B. El precario y excluyente proceso de reproducción social en Guatemala 21
C. Complejización epidemiológica. Perfiles de enfermedad: morbilidad y mortalidad 26

CAPÍTULO II
La Red de Atención en Salud Institucional y su modelo de atención 29

A. Breve reseña histórica 29
B. La red de atención en salud institucional (RASI) y su modelo de atención 33
1. Las de redes de atención en salud (RAS) y las redes de salud institucional (RASI) 33
2. El modelo de atención de la RASI 38

CAPÍTULO III
El nacimiento de la espiral. La estrategia de implementación de las Redes de Atención en Salud Institucional (RASI) 43

A. Contenido y límites de la implementación 43
B. Macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades a implementar 46
1. Rectoría Estratégica y Gobernanza Democrática (REGOD) 46
2. Atención y Regulación en Salud (ARES) 51
3. Gestión y soporte (GESE) 58
4. Gestión de la calidad (GEA) 63
C. Ciclos del plan maestro 65
1. Ciclo preparatorio 66
2. Ciclo de reorganización administrativa 72

3. Ciclo de creación de condiciones 77
4. Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud 80
D. Definición territorial de la implementación 83
E. Definición temporal de la implementación 84
F. Ruta integrada de implementación 85

CAPÍTULO IV
Costeo de la implementación de la RASI (2020-2025). El nacimiento de la espiral 93

A. Contenido 93
1. Limitaciones metodológicas 95
B. Costos generales de implementación de la primera etapa de la RASI 95
C. Costos de implementación consolidados por territorios 97
D. Costos de implementación en el marco de la gestión por procesos 99
1. Resumen por macroprocesos 99
E. Costos de implementación por insumos 113
F. Costos de infraestructura nueva 114
1. Brechas de infraestructura 114
2. Tipología de la inversión propuesta 116
3. Ruta de implementación 116
4. Inversión en infraestructura nueva 116
G. Fuentes de financiamiento 120
1. Ingresos propios de la institución 120
2. Ingresos del Sistema de Consejos de Desarrollo (SISCODE) 120
3. Restablecer la prioridad macro fiscal de la política sanitaria 121

Bibliografía 123

INTRODUCCIÓN

El presente documento titulado *Construyendo el acceso público universal a la salud*, tiene como objetivo presentar el nacimiento de la espiral del Plan Maestro Nacional de la Red de Atención en Salud propuesto por el Instituto de Salud Incluyente (ISIS). Este abarca la implementación a nivel nacional de las redes locales de salud, que a su vez configuran redes distritales de diferentes tamaños poblacionales y extensiones geográficas.

Este plan maestro, tiene como fundamento la experiencia histórica del MIS y la estrategia de RISS propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se centra en la extensión y fortalecimiento de la RASI del MSPAS, al considerarse estratégico para el impulso de la constitución de la RAS. La RAS se integra por el conjunto de organizaciones e instituciones públicas, privadas o de sociedad civil, que desarrollan acciones pertinentes para el logro del derecho humano a la salud, desde lo local a lo nacional.

El documento está compuesto por cuatro capítulos organizados de la siguiente forma:

El primero hace una revisión de la transición demográfica que atraviesa el país y la forma desigual como se presenta en diferentes departamentos. Analiza la determinación social de la salud, a través de sus procesos de producción y de consumo, relacionándolos con el proceso sociocultural. Termina presentando la complejización epidemiológica por medio del comportamiento de los perfiles de enfermedad (morbilidad y muerte), haciendo una reflexión permanente sobre la inadecuada o reducida respuesta de la política de salud a esta problemática.

El segundo, presenta la RASI y su modelo de atención, en el marco de la RAS. Hace una breve reseña histórica de la experiencia del MIS y sus aportes como modelo de APS para la construcción de redes de atención. Se muestra el modelo de gestión general de la RASI y sus cuatro macroprocesos; las perspectivas y atributos y las bases fundantes de su modelo.

El tercero, contiene la estrategia de implementación de la primera etapa de la RASI, planteando su contenido y límites; detalla los macroprocesos, procesos y actividades a implementar; los ciclos del plan maestro; la definición territorial y temporal de la implementación, así como la ruta integrada de implementación.

El cuarto, detalla los costos generales de implementación. Estos costos se consolidan por territorios, por la gestión de procesos y por insumos. Además, se presenta los costos de infraestructura nueva, indicando la brecha, la tipología de inversión propuesta y su ruta de implementación. Al final del capítulo, se presenta una propuesta de fuentes de financiamiento del plan.

Con esta segunda publicación de la serie titulada *Hacia una reforma de salud integral e incluyente*, ISIS espera seguir contribuyendo al debate y propuesta de política pública en salud desde la perspectiva de derechos. El plan que se presenta forma parte del largo camino que los diferentes pueblos han emprendido, desde tiempo atrás, para construir una sociedad guatemalteca más justa y solidaria. La democracia y la paz de los pueblos no es posible sin una situación de salud equitativa y una vida en armonía con la Madre Naturaleza.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento presenta el nacimiento de la espiral del plan maestro de implementación de la Redes de Atención en Salud para el período 2020-2025, con énfasis en la red institucional del MSPAS.

Implementar la RASI para el período 2020-2025, implica elevar el presupuesto del MSPAS en Q 1,966.5 millones (USD 252.1 millones) al 2025, siguiendo una planificación multianual organizada para garantizar el acceso público universal a la salud. Esto incrementaría el gasto público de salud del país (estimado actualmente en 2.3% del PIB) en 0.19% del PIB a 2025, para un total de 2.5% del PIB. Este aumento, aunque importante, aún se encuentra debajo de la meta global de 6.0% del PIB sugerida por la OPS/OMS y por debajo del promedio latinoamericano de 4.5% del PIB (OPS/OMS, 2014).

La implementación de la RASI (2020-2025) implica un aumento promedio anual de Q 597.5 millones (USD 76.62 millones o 0.08% del PIB), en el presupuesto del MSPAS durante los primeros tres años de implementación, para luego estabilizarse en aumentos promedios anuales de Q 58.0 millones (USD 7.4 millones) en los tres años consecuentes. En la práctica, el primer año de implementación, el 2020, podría no requerir aumentos del presupuesto, sino una reorganización interna del presupuesto del MSPAS. La implementación se programó de forma escalonada y progresiva, iniciando en áreas de salud priorizadas por su perfil epidemiológico y social, avanzando con un grupo de diez áreas de salud en los siguientes dos años, un grupo adicional por año. También incluye el desarrollo de procesos con las Escuelas Nacionales de Enfermería y a nivel nacional (y central) dentro del MSPAS.

Tabla 1

Costos de implementación de la RASI por grupos de áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales, dólares y porcentajes del PIB)

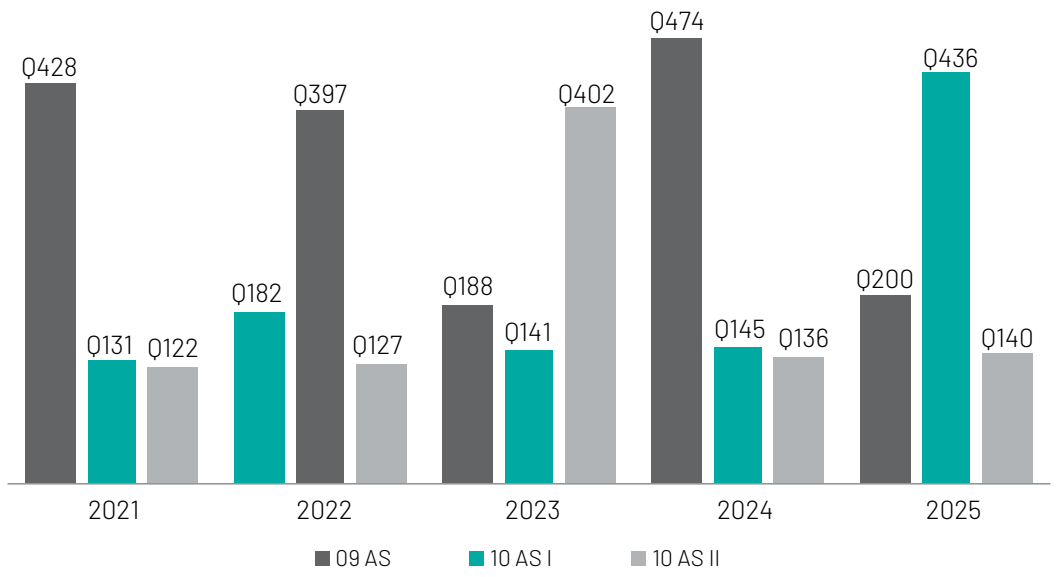
AS	2020	2021	2022	2023	2024	2025
09 AS	Q 496.0	Q 571.2	Q 596.1	Q 621.5	Q 663.9	Q 669.4
10 AS I	Q 3.6	Q 475.9	Q 410.5	Q 434.2	Q 460.5	Q 505.8
10 AS II	Q 4.0	Q 0.2	Q 753.1	Q 679.6	Q 712.4	Q 755.7
ENE	Q 37.8	Q 30.8	Q 31.9	Q 33.0	Q 34.1	Q 35.2
Nacional	Q 1.2	Q 0.7	Q 0.9	Q 0.9	Q 0.6	Q 0.4
Total anual	**Q 542.6**	**Q 1,078.8**	**Q 1,792.5**	**Q 1,769.2**	**Q 1,871.5**	**Q 1,966.5**
Total real (IPC 2010)	Q 371.8	Q 719.4	Q 1,164.3	Q 1,120.0	Q 1,155.6	Q 1,185.0
Var. interanual	Q 542.6	Q 536.2	Q 713.7	Q (23.4)	Q 102.4	Q 95.0
Aumentos reales	Q 371.8	Q 347.6	Q 444.9	Q (44.3)	Q 35.5	Q 29.4
Total USD	$ 69.6	$ 138.3	$ 229.8	$ 226.8	$ 239.9	$ 252.1
% PIB	**0.08%**	**0.14%**	**0.22%**	**0.20%**	**0.20%**	**0.19%**

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

La inversión en infraestructura de esta primera etapa se ha separado de la estimación de costos de la RASI debido a las brechas multimillonarias e históricas de la misma, las cuales valen la pena diferenciar como un esfuerzo nacional por sí mismo. Según los criterios de planificación territorial de la RASI, se estima que faltan 4,461 puestos de salud en las redes locales de atención en salud. La brecha es tan alta que entre 2020-2025 solo se avanzaría 60.5% en su cierre. La estrategia propuesta para lo mismo implicaría que el MPSAS junto con las municipalidades y COMUDE construyan 540 puestos de salud anuales, 200 a cargo del MSPAS y 1 por cada municipalidad y COMUDE (340 en total al año). El costo promedio de esta inversión se estima en Q 729.8 millones anuales o bien 0.1% PIB cada año. Esto incluiría infraestructura, equipamiento y servicios. En el período 2020-2025, la inversión en la ampliación de la red de servicios en las redes locales en salud se estima que alcanzaría un acumulado de Q 3,649.1 millones (0.4% del PIB).

Gráfica 1

Costos anuales de infraestructura, equipamiento y servicios de puestos de salud para la implementación de la RASI 2020-2025 (en millones de quetzales)



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

CAPÍTULO I

Determinación social de la salud en Guatemala

Para comprender la importancia de la implementación de un modelo de atención integral e incluyente en el marco de las redes de atención, dirigido a toda la población en sus ciclos de vida y a niveles individuales, familiares y comunitarios, es necesario conocer la situación de salud de Guatemala, los procesos que la generan y la manera de cómo se organizan los servicios públicos de salud para enfrentar esta situación. Es a partir de esta comprensión que se hace evidente la necesidad de plantear formas distintas de concebir la atención de la salud para proveer a la población mayor inclusión y lograr mejores resultados.

Hoy en día existe un consenso sobre que las condiciones sociales, económicas y políticas determinan la situación de salud de las colectividades humanas. No obstante, los mecanismos por los cuales esto ocurre aún son sujetos de análisis y discusión. Reconociendo que existen distintas maneras de abordar los procesos de determinación de la salud, para este documento se utiliza el modelo de la reproducción social, que implica entender cómo la reproducción material, constituida por procesos de producción y consumo, actuando de forma sinérgica con la dimensión sociocultural, constituyen el espacio donde se determina la salud.

La implementación de las RAS ocurre en un contexto social y demográfico que impone ciertas demandas en términos de qué servicios se deben proveer, a qué grupos poblacionales se debe atender, qué tipo de problemas se deben enfrentar y cuáles son las lógicas socioculturales que prevalecen en la relación con los servicios.

A continuación, se presentan los elementos generales de dicho contexto social y demográfico para luego mostrar algunos rasgos de la situación de la salud que deben enfrentarse y la organización de los servicios públicos de salud que se buscan transformar en servicios incluyentes e integrales.

A. La transición demográfica

El contexto demográfico es cambiante y dinámico de acuerdo con el comportamiento de los nacimientos, las muertes y las migraciones. Estas variables en su combinación se expresan en la esperanza de vida al nacer de la población y la configuración de los grupos de edad.

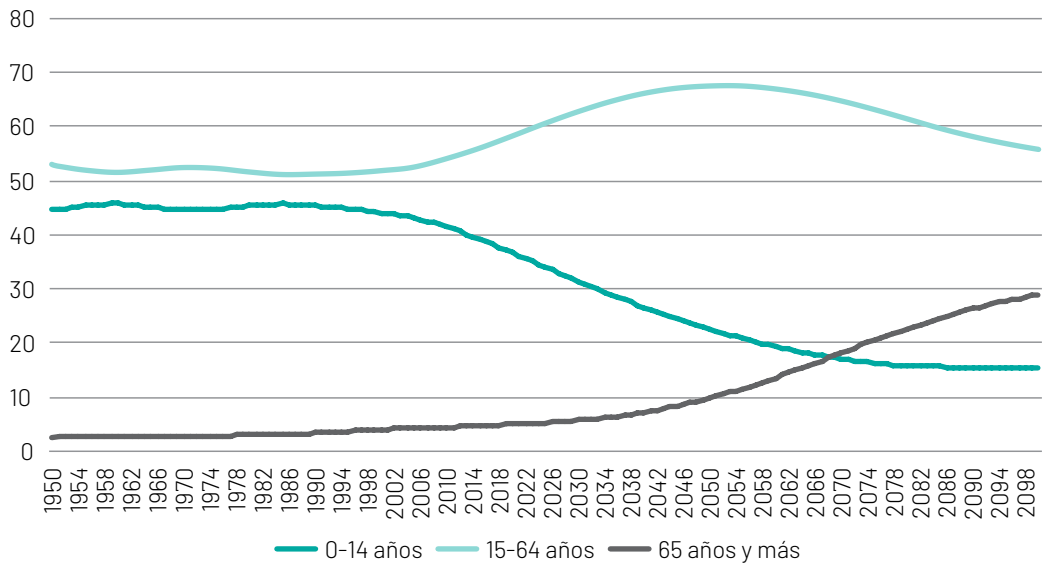
Según las estimaciones del PNUD (2016), la esperanza de vida al nacer en Guatemala para 2015 fue de 72.6 años (75.9 las mujeres y 69.2 los hombres), mientras que la CEPAL (2015), estima un crecimiento poblacional a un ritmo de 1.86% anual entre 2015 y 2020. A ese ritmo seremos cerca de 18 millones de habitantes en 2020 (*ibíd.*)

Este crecimiento no será heterogéneo en cuanto al lugar de habitación. Por un lado, la población urbana crecerá a un ritmo anual de 1.3%, mientras que la rural lo hará en 0.3%. De acuerdo con estas estimaciones, el 67.0% de la población guatemalteca habitará las áreas urbanas en 2030 (*ibíd.*)

La estructura de la población también se transformará, a juzgar por el descenso sostenido de la natalidad y la mortalidad, pasando de una situación de mayor preeminencia de la niñez, hacia otra donde predominan sobre estos la población jóven, adulta y adulta mayor.

Gráfica 2

Comportamiento de grupos poblacionales por edad, en porcentajes (1950-2098)



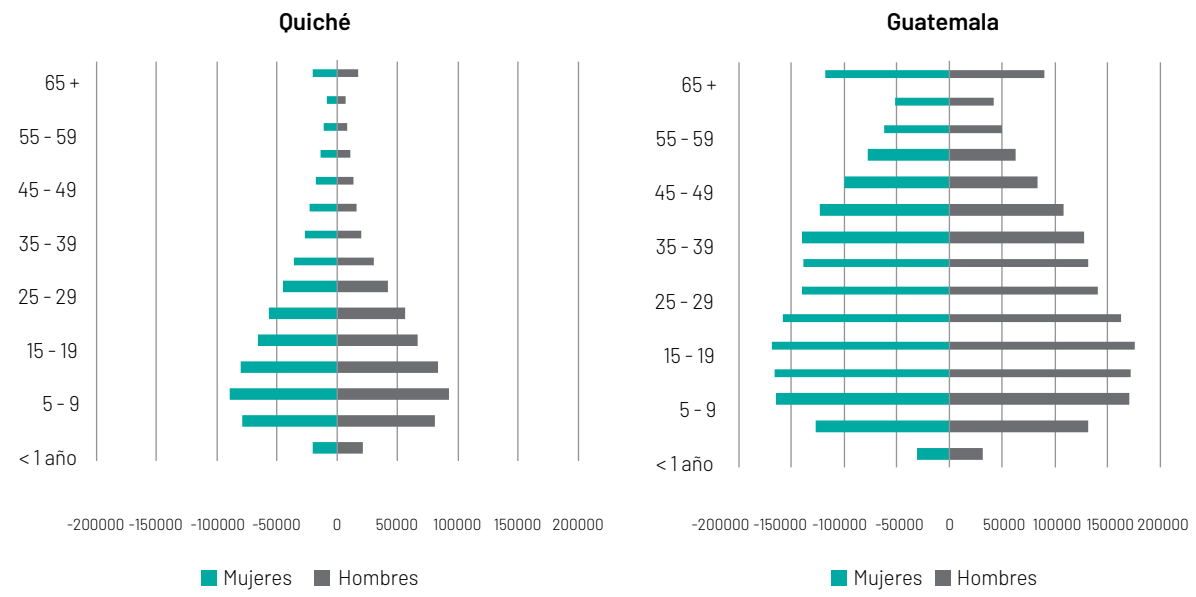
Fuente: elaboración propia con datos de CELADE, división de población de la CEPAL. Revisión 2013.

Eventualmente el grupo más numeroso a atender será el de la población joven y adulta, que incluye a las mujeres en edad reproductiva; sin embargo, si se consideran los grupos que el modelo de atención del MSPAS ha priorizado durante los últimos 25 años, es decir, las mujeres con problemas reproductivos y los niños y niñas menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas, diarrea, necesidad de inmunizaciones y de suplementación con micronutrientes, se hace evidente que otros segmentos poblacionales quedan excluidos, entre estos, la niñez con problemas distintos a los mencionados, la población joven, adolescente, hombres adultos, mujeres con problemas no reproductivos y adultos(as) mayores.

Es importante señalar que el crecimiento poblacional y la configuración de grupos de edad con distinto peso numérico no ha sido uniforme en el país. En la gráfica siguiente, se comparan las pirámides poblacionales del departamento de Quiché y del departamento de Guatemala.

Gráfica 3

Pirámides poblacionales de los departamentos de Quiché y Guatemala (2017)



Fuente: MSPAS (2017a).

En la gráfica 3, se observa claramente que en el territorio nacional los grupos poblacionales han evolucionado de forma desigual. En el departamento de Quiché, la base de la pirámide es más ancha mostrando un mayor número de niños con una creciente población adolescente y joven, mientras que, en la pirámide del departamento de Guatemala, la predominancia es de jóvenes y adultos, con una importante contracción de la población infantil.

Esta situación demográfica caracterizada por un crecimiento poblacional importante, urbanización, reducción en algunas partes del territorio nacional del número de niños(as) respecto a la población joven y adulta, y una desigual distribución de estas características, tiene importantes implicaciones para la planificación y operación de los servicios de salud. En el caso de este documento, se muestra cómo, mediante la implementación de redes de atención en salud (RAS) basadas en el MIS, se logra incluir a todos los segmentos poblacionales en la atención de la salud y cómo se pueden implementar tácticas operativas que, desde una perspectiva del derecho a la salud, logran la integralidad en los servicios prestados.

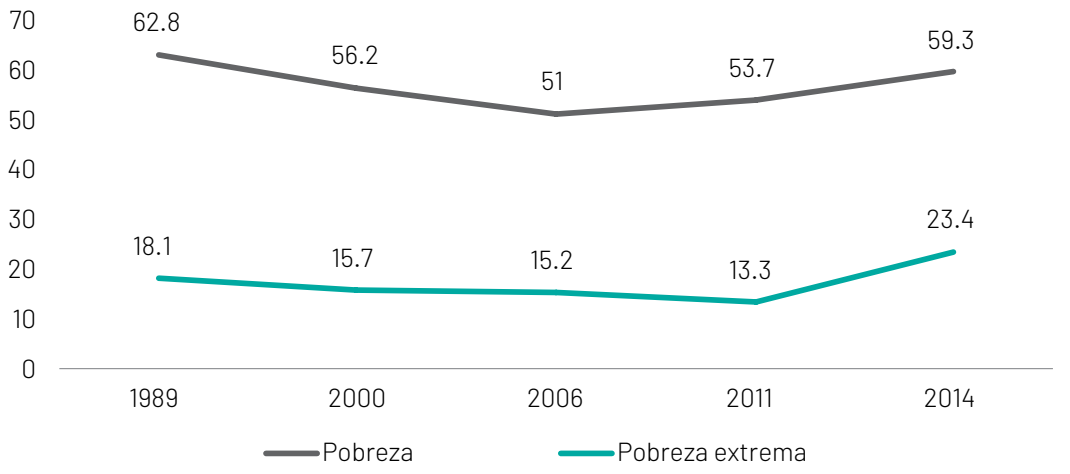
B. El precario y excluyente proceso de reproducción social en Guatemala

Además del contexto demográfico, es importante adentrarse en los procesos de determinación social de la salud mediante el análisis de algunos indicadores. De acuerdo con el marco teórico de reproducción social donde los procesos de producción son determinantes para la estratificación de la población, que a su vez determina los procesos de consumo, el analizar los factores de la producción resulta muy relevante. Estos factores son, en términos generales, la posesión de capital, trabajo y tierra.

En cuanto al capital, la gráfica siguiente muestra la evolución del empobrecimiento de la población guatemalteca.

Gráfica 4

Evolución de la pobreza y pobreza extrema (1989-2014)



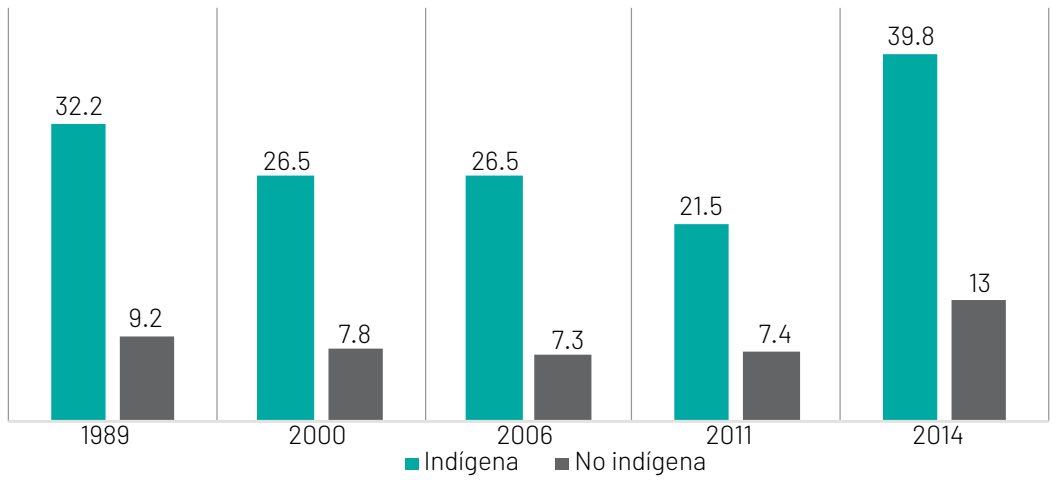
Fuente: ISIS con base en ENCOVI 1989, 2000, 2006, 2011, 2014

De acuerdo con esta información, ha habido un deterioro de las condiciones de vida de la población, mediada por un incremento de la pobreza general y la pobreza extrema, lo que significa que la mitad de la población no cuenta con los recursos de capital para adquirir la canasta básica vital, y uno de cada cuatro, no cuenta con los recursos necesarios para una alimentación mínima.

La situación es aún más grave por el hecho de que el aumento del empobrecimiento ha profundizado las desigualdades entre los distintos pueblos que habitan el territorio.

Gráfica 5

Evolución de la pobreza extrema por grupo de poblicación (1989-2014)



Fuente: ISIS con base en ENCOVI 1989, 2000, 2006, 2011, 2014

De acuerdo con la gráfica anterior, la pobreza extrema ha aumentado en la población de pueblos originarios en 7.5 puntos porcentuales en el período analizado, mientras que en la población ladina el aumento ha sido de 3.8; adicionalmente, la diferencia entre el empobrecimiento entre estas poblaciones, en 1989 era de 23%, mientras que en 2014 fue 27%; es decir que no solo ha aumentado, sino que se ha profundizado la desigualdad.

En cuanto a la propiedad de la tierra como parte del proceso de producción, la información disponible revela que este recurso se encuentra concentrado en pocas manos, dado que la mayoría de la población campesina, si bien cuenta con 47% de las fincas en el país, esto representa unicamente 19% de la tierra cultivable. Esta última se considera en condiciones productores de infra subsistencia (que no alcanza para producir lo que necesita la familia) y de subsistencia (que alcanza para cultivar el alimento de la familia pero sin excedente alguno para vender y poder acceder a otros bienes y servicios) (PNUD, 2016)

Tabla 2

Distribución de la tierra cultivable según indicadores seleccionados (2003)

Tamaño de la finca	(%) de fincas	(%) de superficie	Clasificación de productores agrícolas
Menores de 1 manzana	45.2	3.2	**Infra subsistencia**
De 1 a menos de 2 manzanas	22.3	4.6	**Subsistencia**
De 2 a menos de 5 manzanas	19.0	8.5	
De 5 a menos de 10 manzanas	5.6	5.6	
Total	**46.8**	**18.6**	
De 10 a menos de 32 mz	4.8	12.7	**Excedentarios**
De 32 a menos de 64 mz	1.3	8.8	**Comerciales**
De 1 caballería a menos de 10	1.8	34.6	
De 10 caballerías a menos de 20	0.07	9.6	
De 20 caballerías a menos de 50	0.03	7.6	
De 50 caballerías y más	0.01	4.7	
Total	**3.2**	**65.4**	

Fuente: PNUD (2016).

La información también revela que 12% de la tierra cultivable corresponde a 5% de las fincas que se clasifican como excedentarias, es decir, que producen más del consumo familiar y el excedente puede comercializarse. Por otro lado, 3% de las fincas corresponde a 65% de la tierra cultivable y está en manos de la agroindustria.

Si se toma en cuenta que 33% de la población ocupada desarrolla sus actividades laborales en la agricultura en un contexto rural (INE, 2017), esta distribución de la tierra puede explicar en parte el agravamiento y la profundización del empobrecimiento de la población.

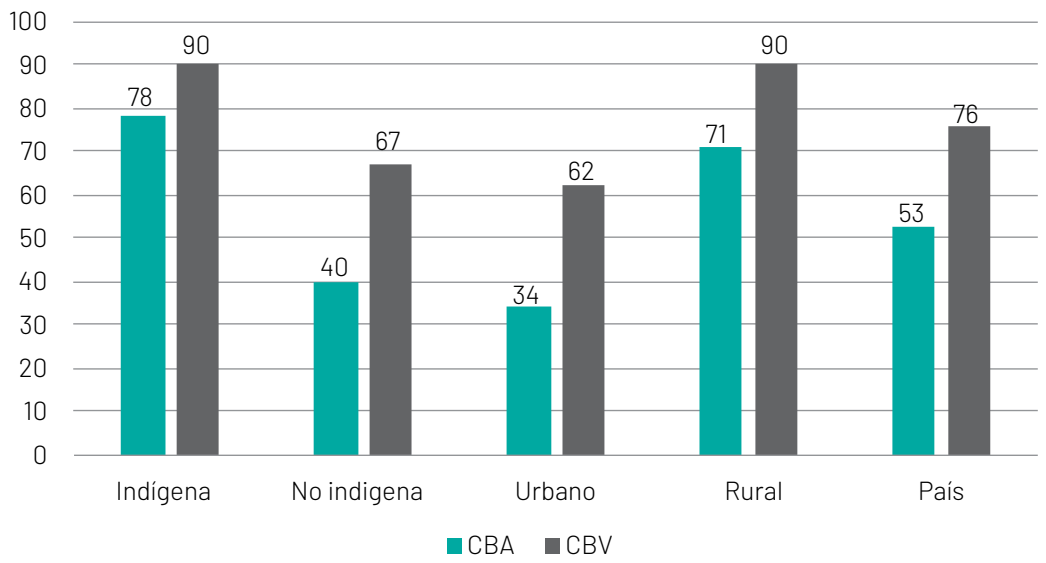
Respecto al papel del trabajo como factor de producción, la información disponible (*ibíd.*) reveló que 70% de la población ocupada lo hace en el sector informal, es decir, que no tienen un salario fijo ni prestaciones laborales. Al desagregar este dato por sexo, se revela que 73.4% son mujeres ocupadas y 68% son hombres ocupados o están en situación de informalidad, misma que se agrava en el área rural donde esto sucede a 87% de las mujeres y al 79% de los hombres, ocupadas(os).

Puede pensarse que la informalidad en el empleo es problemática y que esto se resuelve al adquirir la condición de asalariado formal. Los datos muestran una situación diferente: según la misma fuente citada anteriormente, 10% de la población ocupada no recibe remuneración alguna. De la ocupación asalariada, 68% no tiene contrato, situación que en el área rural se incrementa hasta 82%. En 2017, 67% de la población asalariada no recibió el bono 14 y 68% el aguinaldo. Al desagregar los ingresos laborales en quintiles, se revela que 20% de la población asalariada con menores, ingresos recibe un promedio de Q341.0 mensuales, mientras que el 20% con mayores ingresos recibe un promedio de Q5,407.0 mensual, es decir, 16 veces más salario. (INE, 2017)

En relación al nivel salarial, este puede contrastarse con el valor de la Canasta Básica Alimentaria y Vital.

Gráfica 6

Porcentaje de hogares con ingresos inferiores a la Canasta Básica Alimentaria y la Canasta Básica Vital según grupos poblacionales y lugar de residencia (2014)



Fuente: PNUD (2016).

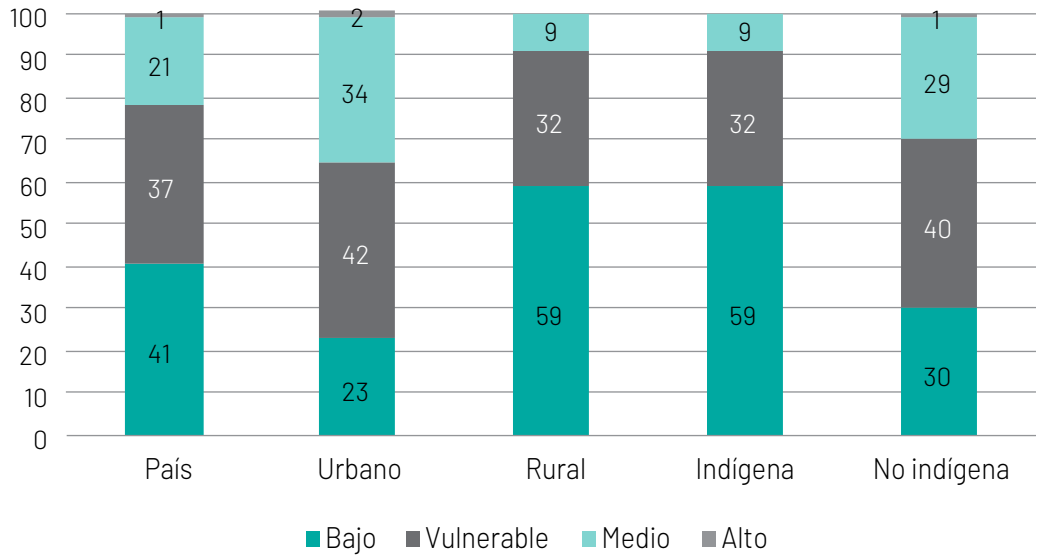
En la gráfica anterior se observa que un poco más de la mitad de los hogares guatemaltecos tienen ingresos inferiores a la Canasta Básica Alimentaria, y tres cuartos de la población tienen ingresos inferiores a la Canasta Básica Vital. Además, existen marcadas diferencias entre los ingresos de la población de pueblos originarios y la ladina, así como entre la urbana y rural.

Este panorama relacionado con la posesión de los factores de producción (capital, tierra y trabajo) ha generado de forma histórica una segmentación socioeconómica que de acuerdo al In-

forme Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016, puede agruparse en cuatro grandes estratos o clases sociales: el bajo, que está constituido por el segmento poblacional en pobreza extrema y pobreza general; el vulnerable constituido por la población que ha rebasado la línea de pobreza pero no cuenta con capacidad de ahorro, por lo que, ante gastos empobrecedores, por ejemplo una enfermedad no atendida por los servicios públicos, suelen caer al estrato empobrecido; el estrato medio que cuenta con capacidad de ahorro y una situación económica más estable con características de amortiguamiento que ante crisis económicas aún pueden resolverlas mediante créditos o ventas; y por último el estrato alto donde se concentran los recursos económicos.

Gráfica 7

Porcentaje de población según estrato socioeconómico, grupos poblacionales y lugar de residencia (2014)



Fuente: PNUD (2016).

Como se observa en la gráfica anterior, 41% de la población pertenece al estrato bajo, 37% al vulnerable, 21% al medio, y solamente 1% al alto, es decir que los recursos están sumamente concentrados dejando al resto de la población en situación precaria.

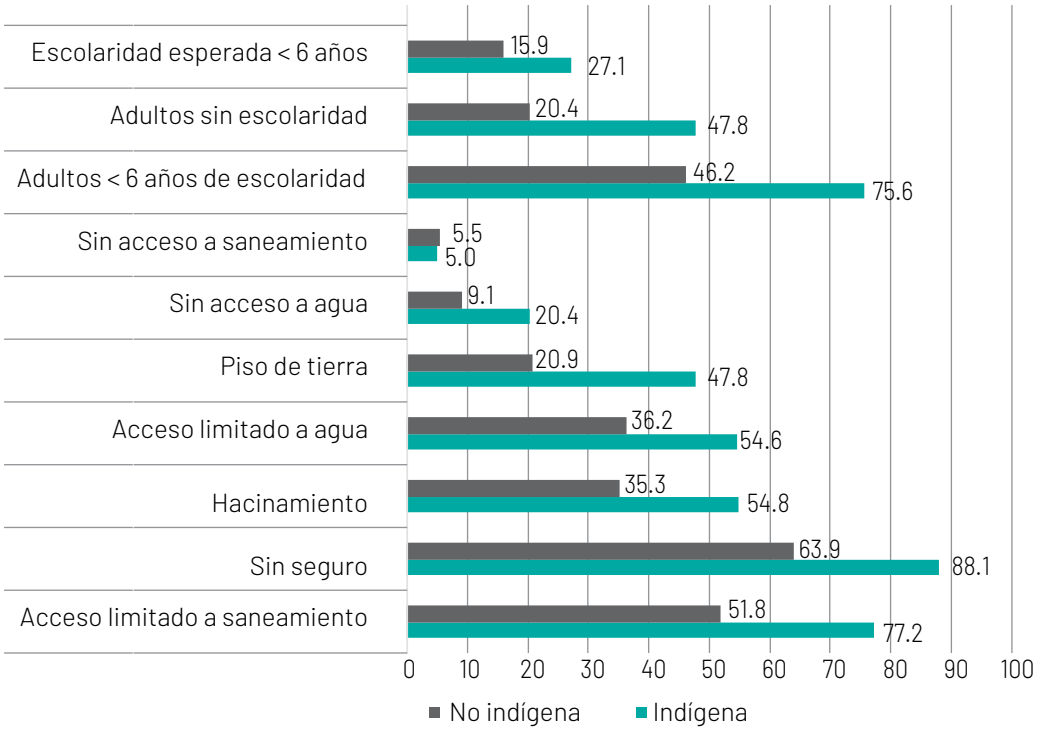
Esta segmentación extrema, produce en la población accesos diferenciados a los bienes y servicios, que se expresan en los distintos conjuntos socioculturales mediante la generación de vulnerabilidades, exposiciones a riesgos y consecuencias diferenciadas para la salud.

En la gráfica 8 se puede observar además que la población guatemalteca sufre diversas privaciones, tanto en salud como en educación y en ingresos.

Tres de cada cuatro hogares tienen acceso limitado al saneamiento básico, uno de cada tres hogares tiene acceso limitado al agua segura y dos de cada cinco hogares viven en condiciones de hacinamiento. Uno de cada tres adultos tiene menos de 6 años de escolaridad y uno de cada cinco no tienen escolaridad alguna. Más de la mitad de los hogares tienen ingresos inferiores a la Canasta Básica Vital.

Gráfica 8

Privaciones de salud, educación e ingresos en porcentajes de hogares según grupos poblacionales (2014)



Fuente: PNUD (2016)

En la gráfica anterior se observa que las carencias se concentran en la población de pueblos originarios. En algunos casos como la educación, la precariedad en la vivienda, el acceso limitado al saneamiento o la falta de acceso al agua segura la población de pueblos originarios dobla a la ladina en términos de precariedades.

Con la información mostrada, se evidenció que la población guatemalteca enfrenta procesos de empobrecimiento y precarización de sus condiciones de vida que afectan de forma profunda su salud. La falta de recursos para la alimentación, la vivienda, la ausencia de agua y saneamiento básico, la falta de educación formal, la pobre oferta de empleo y la precariedad de los disponibles, los bajos niveles salariales y las malas condiciones de contratación, la falta de tierra y la degradación del medio ambiente son todos factores que construyen un escenario para la mala salud de la población. Estos problemas de salud muestran importantes desigualdades que se expresan en el territorio nacional y en los pueblos. En el siguiente apartado se muestra el perfil del daño a la salud.

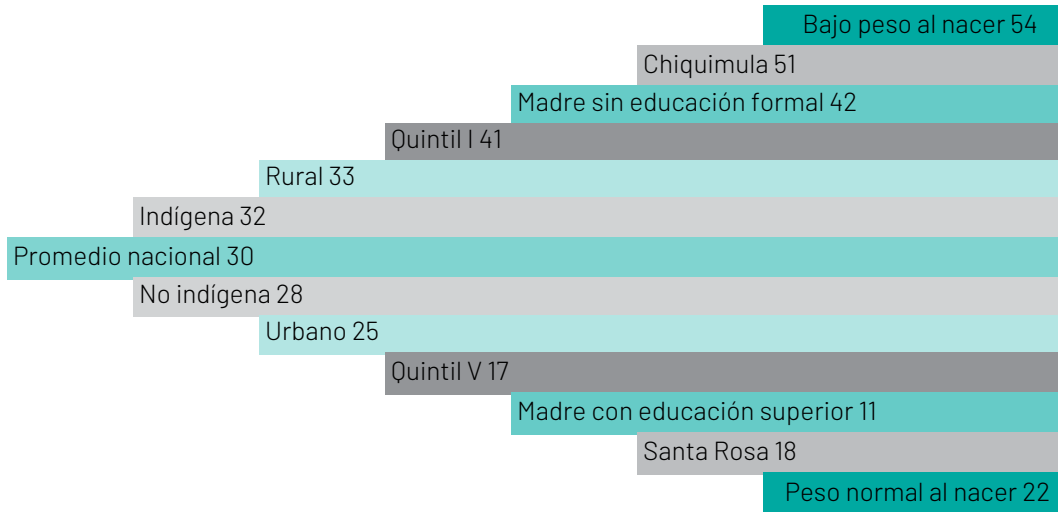
C. Complejización epidemiológica Perfiles de enfermedad: morbilidad y mortalidad

La compleja relación entre los procesos demográficos, sociales, económicos y políticos se expresan en perfiles particulares de enfermedad, muerte y discapacidad dentro de la población y en los espacios territoriales. En este sentido, dichos perfiles son cambiantes en el tiempo y de un conglomerado social a otro resultando en que algunas enfermedades son más frecuentes en

unos grupos que en otros, es decir, la distribución de las enfermedades es desigual y esto no ocurre al azar sino por las condiciones objetivas de vida. En Guatemala es posible encontrar grupos poblacionales con vidas largas y saludables mientras que, en otros, la enfermedad y la muerte se presenta de forma temprana en la vida. Un recurso para entender la desigualdad en las condiciones de salud es analizar las muertes infantiles (niños y niñas fallecidos antes de cumplir un año de vida).

Gráfica 9

Mortalidad infantil según indicadores seleccionados (ENSMI 2014/2015)



Fuente: MSPAS, INE, Segeplán (2017)

Las muertes infantiles muestran el nivel de desarrollo de los países al evidenciar el cuidado que brindan a las poblaciones vulnerables. En Guatemala la mortalidad infantil es de 30 por cada mil nacidos vivos, valor superior a la media latinoamericana que se sitúa en 25. Cuando se desagregan los datos, se evidencia que para la población indígena se incrementa a 32, para la población rural a 33, para el 20% más pobre a 41, si la madre del niño o niña no tiene educación a 42, si vive en Chiquimula a 51 y si tuvo bajo peso al nacer a 54.

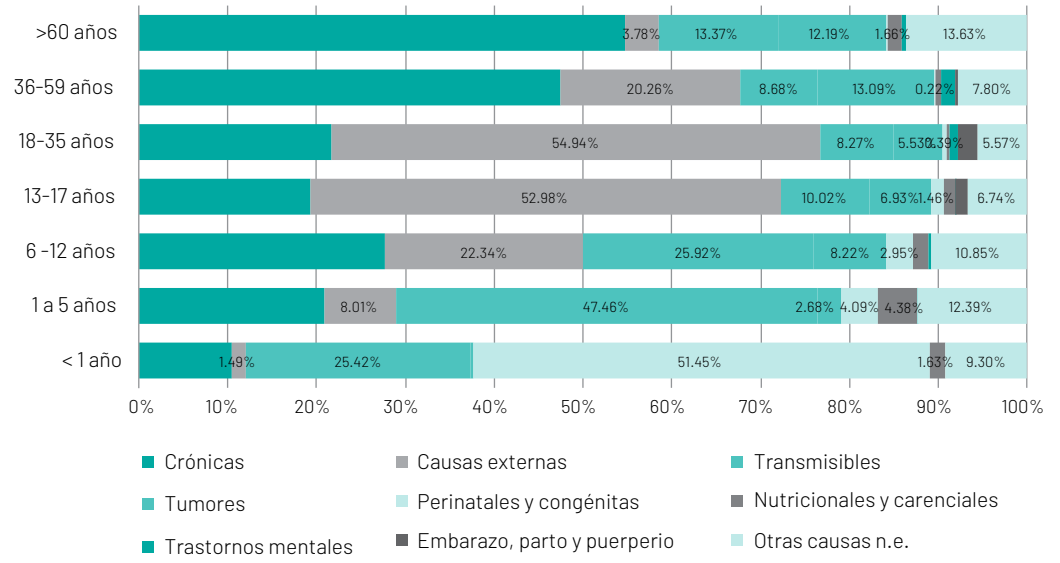
Al igual que lo que ocurre con las muertes infantiles, es posible observar patrones similares con los perfiles de otro tipo de condiciones; siempre son las poblaciones rurales, de predominancia indígena, sin educación y en situación de empobrecimiento donde se observan las mayores prevalencias de la enfermedad, discapacidad y muerte.

Los perfiles de enfermedad cambian en la medida que lo hace la estructura de edad y las condiciones de vida. En términos generales, se produce una situación llamada transición epidemiológica en la se pasa de un perfil en el que predominan los problemas infecciosos y carenciales hacia otro en el que predominan los problemas crónicos no transmisibles y degenerativos. En Guatemala ha ocurrido una situación distinta, se configuró una complejización epidemiológica, en la cual sin haber resuelto los problemas infecciosos y carenciales, se ha incrementado la prevalencia de los problemas crónicos.

De acuerdo con información del INE (2017), en 2016 las primeras causas de morbilidad fueron las enfermedades crónicas degenerativas (42.5%), seguidas por la violencia y accidentes (14.7%), las enfermedades transmisibles (14.3%) y tumores (9.8%). Las muertes perinatales (5.6%), por enfermedades carenciales (1.4%), trastornos mentales (1.4%) y durante el embarazo, parto y puerperio (0.4%) se encuentran entre el quinto y octavo lugar. La complejización epidemiológica es evidente.

Gráfica 10

Mortalidad evitable por grupo de enfermedad y grupo de edad (2016)



Fuente: ISIS con datos de INE mortalidad 2016.

La gráfica anterior muestra por ejemplo, cómo para cada grupo de edad, es posible identificar causas de muerte diferenciadas. En esta, la noción para la niñez el predominio es de problemas infecciosos parece desdibujarse. Los problemas crónicos no transmisibles adquieren importancia tan temprano como la infancia y se mantienen a lo largo del ciclo vital. La población adolescente muestra como una de las primeras causas de muerte los problemas relacionados con la violencia y los problemas infecciosos se mantienen a lo largo de todos los grupos de edad.

Este panorama refleja claramente que no es posible continuar con un modelo que excluye a quienes no padecen de enfermedades o condiciones que no son parte de las prioridades materno-infantiles, a quienes hablan otro idioma, a quienes resuelven sus problemas de salud acudiendo a otros saberes y prácticas, a quienes viven en la ruralidad y a quienes pertenecen a otros pueblos.

CAPÍTULO II

La Red de Atención en Salud Institucional y su modelo de atención

Guatemala perfila históricamente su red de servicios públicos con un primer y segundo nivel de atención debilitados, con muy baja capacidad resolutiva, un enfoque restringido materno-infantil, programas verticales y una atención predominantemente individual. La persistencia de un sistema de salud segmentado y fragmentado afecta en que los mayores niveles de resolución, como son los hospitales, atiendan de una manera reactiva y poco programada a su población beneficiaria. En la región latinoamericana, la mayoría de los países cuenta con un primer nivel de atención más amplio, conformado por equipos interdisciplinarios, fortalecido en densidad tecnológica, recursos para la atención en salud y estrategias de abordaje familiar y comunitario, lo cual permite aumentar su capacidad resolutiva y dejar los casos que requieran tratamiento especializado a los hospitales (Acosta Ramírez, et al., 2016; Giovanella, Almeida, Vega Romero, Oliveira & Tejerina Silva, 2015).

En Guatemala esta situación se considera crítica si la relacionamos con la complejización epidemiológica que padece la población guatemalteca de manera desigual, producto de un proceso histórico multidimensional de determinación social. Existe la necesidad de una transformación de las formas y contenidos de la atención en salud de la red pública, en perspectiva a garantizar el derecho a la salud a través de un acceso universal a una atención incluyente que aborde de manera integral la problemática sanitaria a niveles individuales, familiares y comunitarios (colectivos).

Este capítulo presenta de manera general y resumida la propuesta de reconceptualización de las RAS y de la RASI, haciendo énfasis en las redes locales (sectores y territorios), que de manera agregada van conformando redes distritales de diferentes tamaños en áreas de salud y a nivel nacional. El enfoque que se presenta en este plan maestro supera la concepción de niveles de atención y se fundamenta en el MIS, como modelo basado en la APS, y en la estratega de RISS.

A. Breve reseña histórica

El MIS fue diseñado en el seno de una coalición de sociedad civil llamada Instancia Nacional de Salud (INS) y es producto de un trabajo técnico de más de 20 años. Se ha constituido en una propuesta estratégica de política social, dirigida al fortalecimiento del sistema público de salud de Guatemala, especialmente referida al primer nivel de atención del MSPAS.

El MIS como propuesta sanitaria cuenta con una experiencia operativa concreta ya validada, basada en un marco filosófico, teórico, metodológico, operativo e instrumental. Ha logrado la cobertura

real y el acceso equitativo de la población a la atención en salud en cabeceras municipales pequeñas y comunidades rurales, en el occidente y oriente del país.

Inició en dos departamentos, Sololá y Quetzaltenango, y por espacio de ocho años (2002-2010), desarrolló el andamiaje metodológico e instrumental necesario para demostrar efectividad e impacto en el abordaje de los problemas de salud de la población y en los indicadores sanitarios considerados prioritarios en las políticas públicas –mortalidad materna, infantil y desnutrición, entre otros–. Basado en esos resultados, a partir del 2011, el modelo se extiende a 8 distritos municipales pertenecientes a 5 áreas de salud, logrando operar con personal, equipos, insumos, medicamentos, entre otros, financiados por el MSPAS. Posteriormente, en el período 2016-2017, se constituyó en política pública, desarrollándose en procesos de implementación parcial en al menos 14 áreas de salud.

El modelo es la concreción del enfoque de APS renovada y de RISS para el contexto guatemalteco, y sus avances operativos coinciden con los elementos esenciales de la APS renovada y los ámbitos y atributos de las RISS para la región de las Américas. Por ello, el MIS como modelo base para las Redes de Atención en Salud (RAS) y las Redes de Atención en Salud Institucionales (RASI), aporta al avance de la APS y RISS en el país (ver cuadro 1).

Se han realizado estudios de costeo para su implementación escalonada en municipios priorizados (Icefi, 2011), y estudios comparativos de costo-eficiencia del modelo con relación a modalidades de paquetes básicos. Demostrando en este último caso, los mayores beneficios que el MIS garantiza a costos admisibles para el país (Icefi, 2014).

La experiencia del modelo, dada su parametrización técnica y financiera, sienta las bases para la formulación de planes maestros de desarrollo integral de las redes de atención del MSPAS, con una lógica de construcción escalonada que parte de la realización de reordenamientos territoriales y reorganización de las redes de atención en salud desde lo local, municipal, departamental, hasta lo nacional.

Cuadro 1

Relación de los elementos esenciales de la APS renovada y los atributos de las RISS con la Red de atención en salud (RAS) y la red de atención en salud institucional (RASI)

Elementos de la APS renovada	Atributos RISS	Red de atención en salud (RAS) y red de atención en salud institucional (RASI)
Primer contacto	Primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema que integra y coordina. El cuidado de la salud, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.	Redes locales fortalecidas, conformadas por sectores y territorios que de manera agregada van conformando redes distritales, en las áreas de salud y a nivel nacional, garantizando la longitudinal y continuidad de la atención, fundamentada en el MIS, superando la concepción de niveles de atención. La red local se integra desde la comunidad y las familias. La RAS toma en cuenta los diferentes modelos de salud existentes (modelo biomédico, modelos ancestrales y populares), lo que permite una sinergia y complementariedad entre los mismos, aspecto clave para desarrollar la pertinencia intercultural, las acciones de promoción y prevención y la conformación de redes.
Acceso y cobertura universal	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.	La RAS y el modelo de atención parten del reordenamiento territorial, censo y croquis, adscribiendo poblaciones reales a los servicios de salud, utilizando criterios de acceso, poblacionales, culturales, entre otros. Organización y equipos de trabajo según carga laboral a lo largo de toda la red. Organización del personal en el nivel central, unidades administrativas, DAS y DMS. El trabajo con otros modelos permite una cobertura y acceso que resuelven la problemática de salud desde una perspectiva multidimensional y no solo desde el punto de vista biológico y psicosocial restringido, lo que se llevara a cabo por todos los servicios que constituyen la RAS y en los ámbitos individual, familiar y comunitario.
Atención integral, integrada y continua	Extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.	La horizontalización programática es una de las bases fundantes del modelo, que organiza la atención y asegura el logro de la atención integral y el cumplimiento de prioridades nacionales. La atención integral con enfoque de vigilancia sociocultural en salud, desarrollando el ciclo de gestión y utilizando el sistema de información para la toma de decisiones. En la RASI, se desarrolla un enfoque sistémico que reorganiza los servicios de salud con base en un modelo que redefine la planificación, organización, evaluación y dirección y al personal, con base en normas, protocolos, guías, etc., que permiten la integración de las intervenciones de salud pública, promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, así como la vigilancia en salud, perspectivas y atributos.

Continúa...

Cuadro 1

Relación de los elementos esenciales de la APS renovada y los atributos de las RISS con la Red de atención en salud (RAS) y la red de atención en salud institucional (RASI)

Elementos de la APS renovada	Atributos RISS	Red de atención en salud (RAS) y red de atención en salud institucional (RASI)
Orientación familiar y comunitaria	Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio.	La horizontalización programática es una de las bases fundantes del Modelo, que organiza la atención y asegura el logro de la atención integral y el cumplimiento de prioridades nacionales. La atención integral con enfoque de vigilancia sociocultural en salud, desarrollando el ciclo de gestión y utilizando el sistema de información para la toma de decisiones. La estrategia programática del Modelo de Atención de la RASI incluye la ejecución de los programas comunitario y familiar, integrados entre sí y con la intervención individual, lo que permite concretar la integración de los enfoques de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
Énfasis en la promoción y prevención	Extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, Rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.	El trabajo en redes potencia la coordinación entre actores sociales, ancestrales, comunitarios e instituciones públicas y privadas, que permita un abordaje integrativo de la salud en redes locales, distritales, interdistritales, áreas de salud y a nivel nacional. Genera una mayor capacidad social para promover, resguardar y sostener la reproducción de la vida en equilibrio y armonía con el ambiente y la Madre Naturaleza, ejecutando actividades en los diferentes tipos de atención: promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.
Organización y gestión óptimas	Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico. Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la RISS.	Gestión fortalecida en toda la red y entre redes. La atención integral con enfoque de vigilancia sociocultural en salud, desarrollando el ciclo de gestión y utilizando el sistema de información para la toma de decisiones. En la RASI se modifica todo el ciclo de gestión en coherencia al modelo sanitario afectando positivamente todos los integrantes de la RASI, potenciando la concreción de la APS renovada.
Recursos humanos apropiados	Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.	Reorganización y contratación de personal de acuerdo a análisis de brechas, conformación de equipos de trabajo polifuncionales, formación integral y supervisión formativa. En la RASI se reformula la gestión de personal, iniciando por la redefinición de perfiles de desempeño y competencias; estableciendo un sistema regular de supervisión formativa y evaluación del desempeño que va a la par de la formación permanente en servicio en todos los componentes de la RAS.

Fuente: elaboración propia con base en: OPS/OMS (2009, 2007); MMN 2013.

B. La red de atención en salud institucional (RASI) y su modelo de atención

1. Las de redes de atención en salud (RAS) y las redes de salud institucional (RASI)

La red de atención en salud es conceptualizada como la articulación o coordinación del conjunto de modelos de atención familiares, comunitarios (ancestrales y populares), actores, instituciones u organizaciones, privadas y/o públicas, que con diferentes fines tienen un rol relevante dentro del sistema de salud, y que deben hacer sinergia y complementarse para el logro del derecho humano a la salud (ver figura 1). La red de atención en salud institucional (RASI), está referida a la institucionalidad del MSPAS y forma parte esencial de la red de atención en salud (RAS).

Figura 1

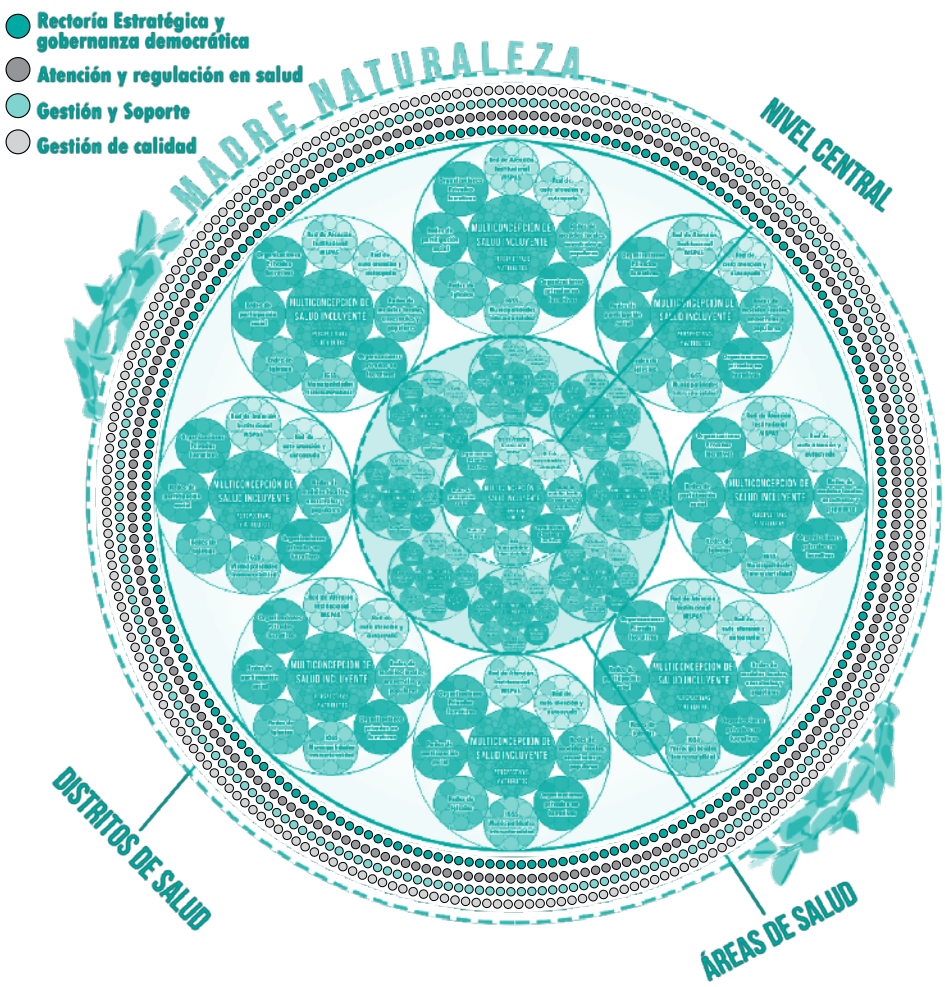
Mapa de componentes de la Red de Atención en Salud

Fuente: ISIS (2018).

Nota: en el texto se hará referencia a los componentes actores de la RAS de manera indistinta.

Figura 2

Red de Atención en Salud Institucional



Fuente: ISIS (2018).

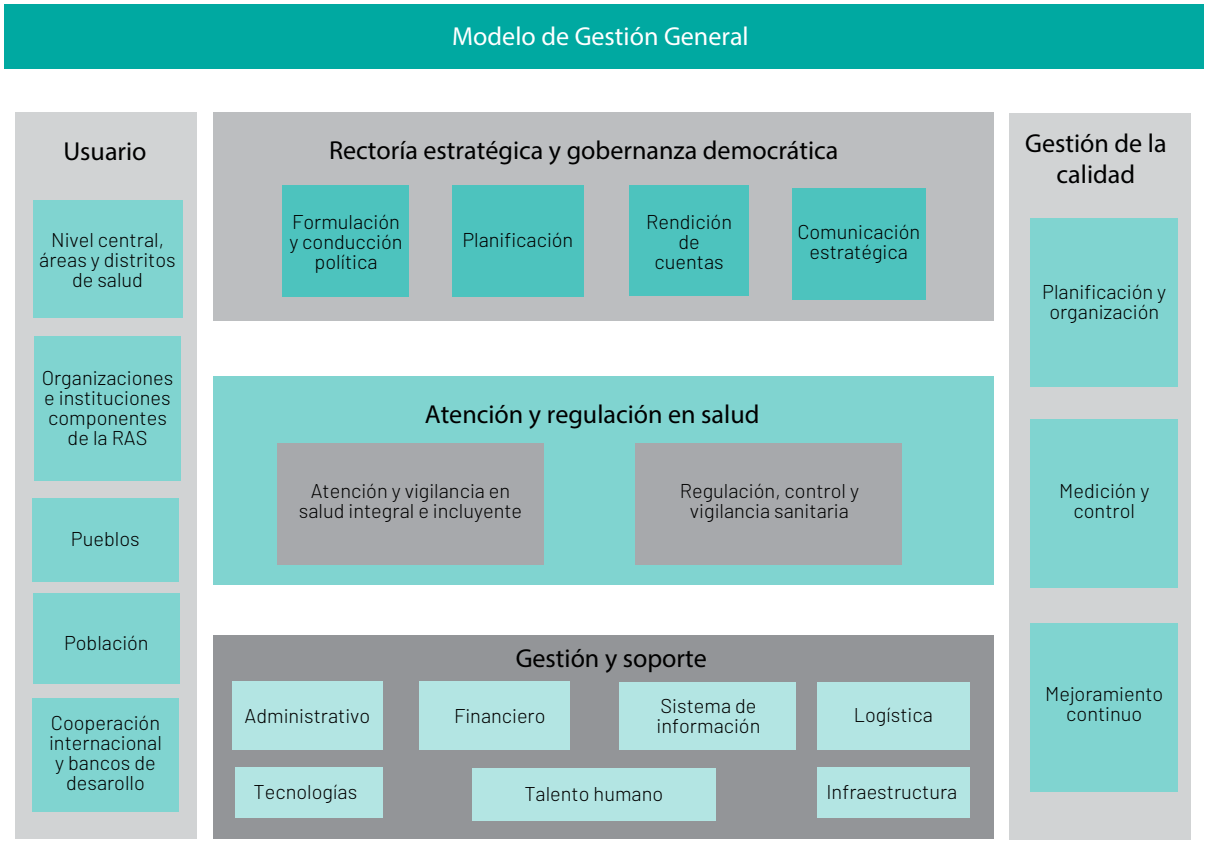
La RASI, de acuerdo con el marco normativo nacional, es la responsable de la función de rectoría del sistema de salud, y en consecuencia de asegurar una gobernanza democrática que impulse una transformación del modelo de atención y la estrategia de redes de atención, de acuerdo con la multi concepción, perspectivas, atributos y bases fundantes, que se asumen en esta propuesta y que se presentan, de manera completa, en el documento sobre reconceptualización de las redes de atención (ISIS, 2018).

La RASI es la responsable de articular y coordinar a todos los componentes de la RAS, desde los niveles locales hasta el nivel nacional. El objetivo fundamental es establecer los mecanismos de participación y coordinación, así como los acuerdos necesarios entre todos los componentes de la RAS, para alcanzar el acceso universal de la población a una atención y vigilancia en salud integral e incluyente y a una regulación que proteja la salud.

El desarrollo de la RASI se plantea desde la teoría de gestión por procesos, la cual se fundamenta en la teoría general de sistemas. A partir de esto, se definen cuatro macroprocesos para la gestión de la red en todos los niveles de actuación del MSPAS (distritos municipales, áreas de salud y el nivel central) gestión de rectoría estratégica y gobernanza democrática (REGOD); gestión de la atención y regulación (ARES); gestión y soporte (GESE); y gestión de la calidad (GEA).

Figura 3

Modelo de gestión general y macroprocesos de la Red de Atención en Salud



Fuente: elaboración propia con base a MSPAS (2017).

a. Perspectivas

Las perspectivas se plantean como ejes transversales para alcanzar la conformación de las RAS y su aplicación se ha desarrollado específicamente para los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades, definidos para la RASI. En conjunto con los atributos, las perspectivas son el marco de valores interrelacionados en los que se inspira el trabajo de reconceptualización, planificación e implementación de las redes de atención que se proponen.

Cuadro 2

Perspectivas de la Red de Atención en Salud	
Derecho a la salud	Desde esta perspectiva la salud es asumida como un derecho humano indivisible, interdependiente y relacionado con todos los otros derechos humanos (ISIS, 2018), pasa por reconocer que el Estado tiene la obligación de respetarlo, protegerlo y cumplirlo (MMN, 2013). Implica que el Estado tiene la obligación de generar condiciones sociales para que la población goce del mejor nivel posible de salud, así como garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de una atención integral, incluyente y universal a la población. Asimismo, esta perspectiva orienta a promover la ciudadanía social, apoyando el papel activo de la población para velar por su salud y participar en la toma de decisiones sobre políticas de salud, su planificación, organización, ejecución, evaluación y fiscalización social (Constitución Política de la República, artículo 98 y Código de Salud, artículos 3 y 5).
Equidad de género	Esta perspectiva parte del reconocimiento del carácter histórico-social y relacional de las construcciones en torno al género dentro de las sociedades y sus importantes implicaciones en la generación de condiciones, riesgos y daños diferenciados para la salud. Se conceptualiza y nutre de los aportes de diferentes teorías feministas, especialmente aquellas que abordan las desigualdades de género a partir del cuestionamiento del capitalismo, colonialismo y hetero-patriarcado; analizando la opresión de género en sí misma y en su interrelación con otras opresiones vinculadas a la situación socioeconómica, identidad étnico-cultural, diversidad genérica y sexualidad. Esta visión amplia de la perspectiva de género permitirá desarrollar acciones dirigidas a la transformación de las relaciones de poder entre los géneros y sus diferentes expresiones identitarias. Reconoce la necesidad de transformar las instituciones sanitarias buscando relaciones de género equitativas entre los equipos y en los ámbitos laborales, mientras que, en materia de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, alerta respecto a la necesidad de una atención y regulación en salud que dé cuenta de las necesidades diferenciadas y promueva acciones dirigidas a la eliminación de barreras y transformación de la determinación social genérica que afecta de manera desigual a personas, familias, grupos y colectivos, dentro de contextos específicos y diversos en el marco de lo local a lo nacional.
Pertinencia intercultural	Esta perspectiva parte del reconocimiento de la importancia de la realización de los derechos de los pueblos en el campo de la salud, especialmente en contextos pluriculturales y multilingües. Abarca aspectos políticos relacionados con la autodeterminación de los pueblos, ambientales como la defensa del territorio y de la producción de conocimiento en muchos campos, resaltando los modelos de salud ancestrales y populares, así como los modelos de autoatención prevalecientes en las personas, familias y comunidades en general. Históricamente la relación intercultural ha sido inequitativa, predominando el racismo y la exclusión. El modelo médico hegemónico, caracterizado por su enfoque biológico y excluyente de otros modelos, es el predominante en las instituciones públicas de salud. La pertinencia intercultural parte entonces del marco de derechos mencionado y plantea un reconocimiento, respeto y articulación horizontal con los modelos locales, ancestrales y populares, que permanecen como parte de las diversas matrices socioculturales y sus transacciones. Reconoce a las dimensiones socioculturales, simbólicas y energéticas, así como también la relación con la Madre Naturaleza como parte de los procesos de determinación social de la salud y a partir de ello, plantea la necesidad de tener abordajes integrales y pertinentes en el campo de la salud, superando las inequidades. Propone la transformación de las instituciones públicas y el fortalecimiento de los actores, organizaciones y redes ancestrales y populares, con el fin de su realización y el ejercicio de sus derechos.

Continúa...

Cuadro 2

Perspectivas de la Red de Atención en Salud	
Armonía con el ambiente o Madre Naturaleza	Esta perspectiva se fundamenta en el reconocimiento de la interdependencia de la salud y el ambiente. Ambos entendidos de manera holística, formando parte de un todo o ecosistema integrado por múltiples dimensiones biológicas, energéticas, culturales, sociales, políticas, económicas, entre otras. Es biocéntrica, en el sentido de considerar que toda manifestación de vida es de igual importancia y, desde la cosmovisión maya, da un estatus de sujeto y de ser viviente al planeta y su naturaleza. Este enfoque se aleja de la visión antropocéntrica y más bien considera al ser humano, como uno más en interrelación e interdependencia con la Madre Naturaleza. El ambiente forma parte de los procesos de determinación social y su creciente deterioro afecta de diferentes maneras la problemática sanitaria. Esta perspectiva invita a enfoques sanitarios que integren el trabajo por la salud y el ambiente, actuando sobre riesgos y condiciones ambientales desde un enfoque preventivo, alcanzado la promoción de la salud, dirigida a la transformación armónica de la determinación social con la naturaleza.

Fuente: ISIS (2018).

b. Atributos

Los atributos de la RASI forman parte del marco de valores sobre los que se fundamenta la construcción de una red de atención en salud. Guían la transformación de las RASI y son aplicados en coherencia con las perspectivas. Estos se identifican en la siguiente ilustración. Para una explicación en detalle de cada uno de ellos, se sugiere revisar la publicación sobre la reconceptualización de las redes de atención en salud (ISIS, 2018).

Figura 4

Atributos de la Red de Atención en Salud

Fuente: ISIS (2018).

2. El modelo de atención de la RASI

El modelo de atención en salud en el marco de la RASI, se constituye en la articulación, coordinación, integración y transacciones entre el conjunto de conocimientos, prácticas, técnicas y formas de organización de la atención integral e incluyente a los problemas y necesidades en salud, desde los diferentes actores y paradigmas dentro del sistema de salud. Desarrolla atenciones de promoción, prevención, rehabilitación, curación y cuidados paliativos, a niveles individuales, familiares y comunitarios, impulsando medidas intersectoriales y participación social. Requiere de la acción rectora de la institucionalidad pública para garantizar el acceso público y el derecho humano a la salud.

Esta concepción de modelo de atención abierta e incluyente lleva implícita la necesidad de desarrollar una rectoría, gobernanza y modelos de gestión innovadores que impulsen la constitución de redes de atención como la base para la transformación del sistema de salud.

Bajo este planteamiento, la transformación indicada debe tener como sustrato nuevas formas de creación de conocimiento, de aprendizaje, de prácticas y formas de relación dentro y fuera de la institucionalidad pública. Esta dinámica debiera orientar a que los cambios a lo largo del tiempo sean acordes a una realidad pluricultural y multilingüe, con presencia de varios pueblos y naciones.

a. Bases fundantes del modelo de atención

i. Multiconcepción

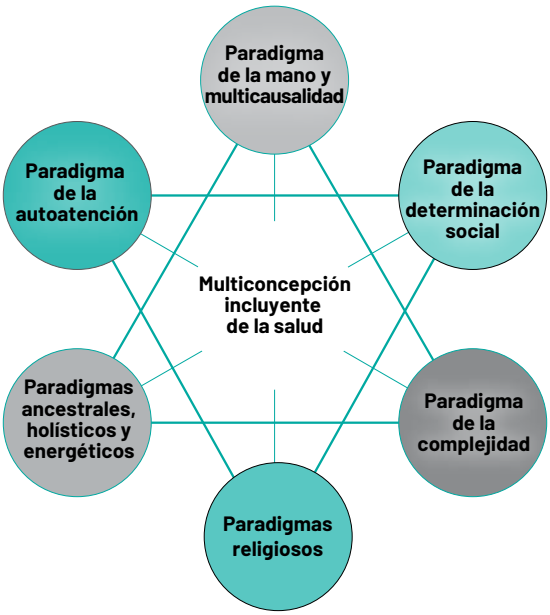
La multiconcepción incluyente de la salud es fundamental para el desarrollo del modelo y las redes de atención propuestas. Se define como la existencia de múltiples paradigmas en el campo de la salud, que conviven en la realidad y que son complementarios para resolver los problemas de salud de la población. Estos paradigmas se han ido originando a lo largo del tiempo y se van integrando en las formas de organización social e institucional destinadas a la atención de la salud, como en las familias y las personas. En la figura 5, pueden observarse los diferentes paradigmas a los que hacemos referencia en esta propuesta de redes de atención.

La multiconcepción incluyente se fundamenta en el respeto y el reconocimiento de la validez de las diferentes formas de concebir y afrontar el problema de salud a lo largo de la historia y que se manifiestan en lo cotidiano, en la institucionalidad pública, privada y en las comunidades.

Esta definición permite que la política pública de salud sea inclusiva de otros modelos de salud provenientes de otras matrices socioculturales o de otros paradigmas de la salud, en un marco de relaciones horizontales y de mutuo aprendizaje, basadas en el derecho a la salud y el fortalecimiento de lo público.

Figura 5

Multiconcepción incluyente de la salud



Fuente: ISIS (2018)

ii. Reproducción social

La reproducción social es entendida como un proceso global y multidimensional que garantiza el mantenimiento, permanencia y realización de una colectividad (Blanco y Sáenz, 1990:62), y adquiere formas y contenidos específicos de acuerdo con las características económicas, políticas, culturales, espirituales, ideológicas y sociales que esa misma colectividad ha desarrollado a lo largo de la historia.

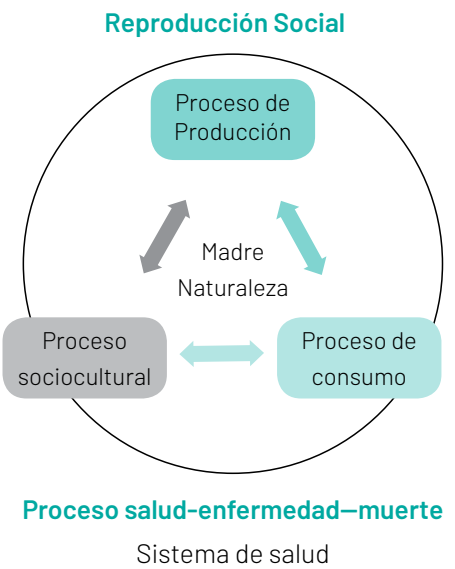
Esta permite estudiar la forma cómo sucede históricamente la determinación social de la salud y su efecto en las diferentes formas de enfermar y morir de personas, familias, conjuntos socioculturales o clases sociales.

La reproducción social es producto de la interacción de tres procesos: producción, consumo y sociocultural. Estos tres procesos interactúan, afectándose mutuamente, y generando condiciones de vida y riesgos que se distribuyen de manera diferenciada a lo largo de la sociedad. Estos procesos se dan en interdependencia con el ambiente o Madre Naturaleza.

Esta nos permite identificar los niveles poblacionales sobre los cuales es posible actuar de una manera integral desde la promoción, prevención, rehabilitación, curación y cuidados paliativos. Estos niveles se denominan de análisis/acción y son: el comunitario, en referencia a las formas colectivas como se organiza la población en aldeas, caseríos, barrios, ámbitos laborales, organizaciones o redes colectivas específicas, entre otras, y que a su vez forma parte de colectividades mayores a nivel nacional y global; el familiar, concebido como el espacio donde una o más personas conviven en lo cotidiano, compartiendo sus condiciones materiales y generando apoyos de diferentes naturaleza, en permanente relación con el nivel comunitario o colectivo; y el individual, referido a la situación personal específica que generalmente está inmersa en una familia, comunidad o colectividad.

El nivel comunitario, familiar e individual, es la base para organizar las formas de atención a la población, aspirando a generar una atención y vigilancia en salud integral e incluyente en cada uno de ellos, a partir de lo que se define como horizontalización programática.

Figura 6
Reproducción social



Fuente: ISIS (2018).

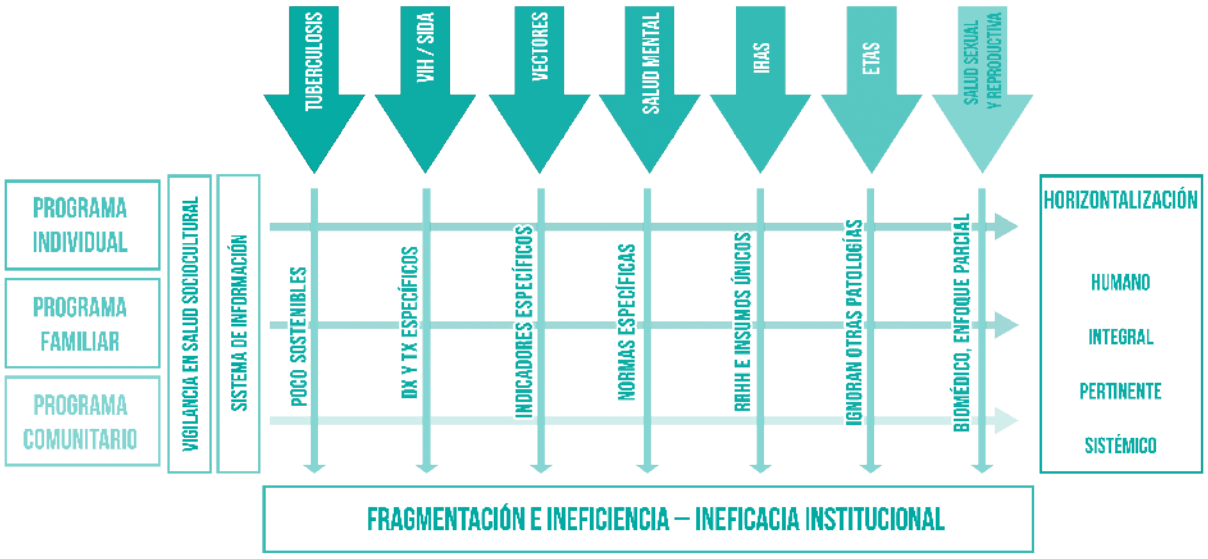
iii. Horizontalización programática

La horizontalización programática se define como la forma como se organiza la atención integral y la vigilancia sociocultural en salud, para el nivel comunitario (colectivo), familiar e individual, atendiendo a la población en todos sus ciclos de vida. Estos niveles son concebidos de carácter multidimensional (energéticos, psicológicos, biológicos, sociales, culturales, ideológicos y políticos) y en el marco de su interacción con la Madre Naturaleza o el ambiente. Se considera que, a través de organizar la atención en estos tres niveles, como programa comunitario, familiar e individual de salud, es que se pueden alcanzar acciones integradas de promoción, prevención, rehabilitación, curación y de cuidados paliativos.

La horizontalización programática como base para el diseño de los programas de atención y vigilancia sociocultural, debe considerar también las prioridades y normas nacionales, integrando los programas verticales y los protocolos de vigilancia epidemiológica del MSPAS. Debe adecuarse de manera permanente a los perfiles epidemiológicos de la población, en los diferentes ámbitos de actuación de las redes de salud y activar procesos de intersectorialidad.

Figura 7

Horizontalización programática



Fuente: ISIS (2018).

iv. Continuidad y longitudinalidad de la atención

La continuidad de la atención se refiere a la capacidad de la red para brindar atención y vigilancia en salud integral e incluyente a la población en todos sus ciclos de vida, en los niveles individual, familiar y comunitario en todo momento de acuerdo a sus necesidades y problemáticas de salud. Debe atender la sucesión de eventos derivados de la problemática específica con la que se originó la atención, garantizando mecanismos de transferencia y registro adecuado, entre otros (Cunha & Giovanella, 2011; Pastor Sánchez, López Miras, Pérez Fernández & Gérvas Camacho, 1997). La adscripción poblacional a sectores, territorios y equipos de atención específicos como parte de una red, genera condiciones para el logro de la continuidad de la atención.

La continuidad abarca las posibilidades de lograr una atención continua que involucre a otros componentes, redes u organizaciones de la RAS. Para ello deben existir mecanismos de articulación y coordinación, así como acuerdos de colaboración claramente definidos.

La longitudinalidad se define como la atención a individuos, familias y comunidades por parte de un mismo equipo, a lo largo del tiempo. Abarca el acompañamiento a todos los ciclos de vida en que transcurre la existencia de una persona, todos los ciclos o fases de una familia y al desarrollo de una colectividad o comunidad. Se basa en la confianza mutua y el vínculo que trasciende lo formal, en una historia común compartida de relación interpersonal, entre los equipos de salud de la RASI, otros actores de la RAS y la población beneficiada.

v. Transdisciplinariedad

La transdisciplinariedad se comprende como el encuentro horizontal entre diversos paradigmas, conocimientos, saberes y disciplinas en el campo de la salud, que inciden en la creación de conocimientos y prácticas sanitarias integrativas y transformadoras, en el plano individual, familiar y comunitario.

Es fundante para la generación de relaciones horizontales y de integración de diferentes disciplinas sobre una base axiomática general compartida (Almeida Filho, 2005). En este caso, dicha base es la resolutividad del proceso de salud-enfermedad pautada en la multiconcepción incluyente, en las perspectivas y atributos y en las bases fundantes del modelo y de las redes de atención en salud. Como proceso fomenta además una comunicación y aprendizaje continuo entre equipos de salud institucionales y terapeutas de otros modelos (ancestrales y populares), que conceptualizan y abordan a la salud-enfermedad, desde diferentes dimensiones.

vi. Intersectorialidad

La intersectorialidad se define como la coordinación entre diversos sectores, organizaciones e instituciones sociales, públicas o privadas, lucrativas o no lucrativas, orientada a la solución de un problema de salud. Forma parte de la promoción de la salud, entendida esta como una acción transformadora de la determinación y condicionantes de la salud, que se fundamenta en procesos de empoderamiento y participación social. En determinados contextos comunitarios está relacionada con la defensa del territorio y la autonomía de los pueblos ancestrales.

El trabajo en redes potencia la coordinación entre actores sociales, ancestrales, comunitarios e instituciones públicas y privadas, que permita un abordaje integrativo de la salud en redes locales, distritales, interdistritales, áreas de salud y a nivel nacional. Genera una mayor capacidad social para promover, resguardar y sostener la reproducción de la vida en equilibrio y armonía con el ambiente y la Madre Naturaleza.

CAPÍTULO III

El nacimiento de la espiral. La estrategia de implementación de las Redes de Atención en Salud Institucional (RASI) 2020-2025

A. Contenido y límites de la implementación

El proceso de reconceptualización e implementación de las RAS y RASI, es progresivo, pero dadas sus dimensiones conexas y momentos paralelos de construcción, esta se representa como una espiral y no como una linealidad (ISIS, 2018).

El nacimiento de la espiral es el comienzo de la implementación de la RASI. Abarca las acciones de reorganización y fortalecimiento de las redes de atención desde lo local a lo nacional, enfocándose específicamente en los DMS (ISIS, 2018).

La RASI reconceptualiza la red de servicios del MSPAS, dejando por fuera la definición de niveles de atención y propone una organización en redes a partir de un reordenamiento territorial, el cual garantizaría el acceso universal de la población a una atención en salud integral e incluyente, en todos los ciclos de vida, en el ámbito comunitario, familiar e individual.

Este plan maestro de la RASI (2020-2025), abarca lo siguiente:

- ✓ La implementación de las redes locales partiendo del modelo de atención definido, sus perspectivas, atributos, bases fundantes y características organizacionales. No contempla el personal, equipos, insumos e infraestructura de centros de salud, que en un segundo momento completarán la capacidad resolutiva de las redes locales.
- ✓ La implementación del modelo de gestión general de la RASI, a cargo de los equipos de distritos y áreas de salud. Este modelo de gestión está conformado por los cuatro macroprocesos ya mencionados (REGOD, ARES, GESE y GEA) y se incluyen de cada uno de ellos los procesos, subprocesos y actividades que se consideraron necesarios. Del macroproceso ARES, se incluye el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, y no así el de regulación, vigilancia y control de la salud, por no formar parte del objetivo de esta publicación.
- ✓ De los procesos, subprocesos y actividades incluidas, se realizó su costeo identificando todos los insumos necesarios a partir de la experiencia histórica de la implementación del MIS en varios distritos de salud.
- ✓ En el marco de la primera etapa de implementación de la RASI, las contrataciones de los equipos sanitarios inicialmente se realizarán bajo el renglón presupuestario 029 derivado de las limitaciones que el Estado tiene con el número de plazas para servidores públicos disponibles y sus limitaciones para crear nue-

vas oportunamente[1]. No obstante, se plantea iniciar un proceso de definición de la Política de Recursos Humanos del MSPAS que pueda orientar las necesidades estratégicas de formación, organización y contratación del personal, como insumo para la presentación de modificaciones a la Ley de Servicio Civil y su reglamento, la creación y descongelamiento de plazas 011 ante la Oficina Nacional de Servicio Civil (ONSEC) y la negociación con el Ministerio de Finanzas Públicas de aumentos a los techos presupuestarios de la cartera de salud que permitan una regularización gradual y progresiva de las relaciones laborales de todo el personal del MSPAS.

- ✓ Incluye la implementación a escala nacional (2020-2025) de las redes locales con énfasis en la experiencia de implementación en comunidades rurales y cascos urbanos pequeños (o a 100,000 habitantes), bajo criterios de equidad. Esto será complementado en un futuro por la propuesta de salud urbana metropolitana que actualmente se desarrolla, que servirá para proyectar con una mejor definición el modelo y las redes de atención a cascos urbanos medianos y grandes del país.

En publicaciones posteriores se desarrollarán las otras espirales de implementación de la RASI a nivel nacional.

En esta espiral de implementación (2020-2025), se estima que la RASI incrementara el acceso a una atención integral e incluyente a aproximadamente 9.1 millones de personas y la mejoraría a 6.8 millones adicionales. Esto implica, además, la habilitación de 5,037 nuevos puntos de atención y el fortalecimiento de 3,217 existentes (esto incluye puestos de salud nuevos y el equipamiento de infraestructura existente)[2].

1 El Presidente de la República y el Ministerio de Finanzas Públicas emitieron en 2017, el Acuerdo Gubernativo número 54-2017, Reglamento de reconocimiento de gastos por servicios prestados; y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, emitió el Acuerdo Ministerial número 107-2017 que reglamentaban el reconocimiento de gastos para el renglón 029, acordado por la Contraloría General de Cuentas y la Oficina Nacional de Servicio Civil en una circular publicada en el Diario Oficial el 11 de enero de 2017.

2 Estos datos difieren de la brecha de infraestructura de puestos de salud, puesto que en algunos sectores existe infraestructura, pero no están habilitados con personal permanente o bien la infraestructura no está adscrita al MSPAS, entre otras razones.

Tabla 3

Población que recibe una mejor atención integral en salud o que ingresa al sistema y sectores que son fortalecidos o son habilitados (estimación con población de 2017)

Grupo	Área de salud	Población			Sectores		
		Mejoras	Nuevo acceso	Total	Mejoras	Nuevo acceso	Total
09 AS	Alta Verapaz	524,835	745,605	6,115,584	245	426	3,077
	Chiquimula	191,049	225,482		97	133	
	Huehuetenango	947,856	373,940		431	186	
	Ixcán	78,950	17,112		37	11	
	Ixil	144,552	6,934		104	4	
	Quiché	536,467	178,561		238	108	
	San Marcos	825,400	289,341		369	207	
	Sololá	288,485	199,955		143	85	
	Totonicapán	308,200	232,861		140	113	
10 AS I	Baja Verapaz	135,717	78,977	4,070,874	78	72	1,963
	Chimaltenango	379,637	325,252		159	105	
	Izabal	202,895	260,910		78	99	
	Jalapa	254,238	88,658		137	43	
	Petén norte	33,209	135,378		28	81	
	Petén suroccidente	160,870	33,499		55	10	
	Petén suroriente	30,346	133,265		36	68	
	Quetzaltenango	223,269	680,269		114	344	
	Retalhuleu	137,208	202,874		55	107	
	Suchitepéquez	180,324	394,079		96	198	
10 AS II	El Progreso	122,466	52,827	5,791,515	53	26	3,214
	Escuintla	134,193	633,949		63	254	
	Guatemala central	67,669	926,408		24	520	
	Guatemala noroccidente	86,296	751,430		44	582	
	Guatemala nororiente	86,108	433,618		38	278	
	Guatemala sur	69,983	958,697		32	629	
	Jutiapa	238,246	237,123		101	121	
	Sacatepéquez	106,266	237,258		36	103	
	Santa Rosa	243,713	157,787		101	76	
	Zacapa	142,858	104,620		85	48	
Total		**6,881,305**	**9,096,669**	**15,977,973**	**3,217**	**5,037**	**8,254**

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS (2017b).

B. Macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades a implementar

La gestión de la RASI se representa como un sistema organizado de procesos interrelacionados entre sí. Esta organización se define a través de cuatro grandes macroprocesos:

Cuadro 3

Macroprocesos de organización en la RASI

Macroproceso	Características Generales
Rectoría Estratégica y Gobernanza Democrática (REGOD)	Constituye los procesos estratégicos de la red. Consisten en la generación de liderazgo y de conducción del sistema de salud para iniciar y sostener el proceso de transformación de las redes de atención en salud. Busca establecer mecanismos de negociación amplios a lo largo de toda la red, modificar arreglos institucionales del sistema y modificar la distribución de los recursos estratégicos del Estado para garantizar el acceso universal a la salud. Abarca los procesos de formulación y conducción política, planificación, rendición de cuentas y comunicación estratégica.
Atención y Regulación en Salud (ARES)	Constituye los procesos sustantivos de la red. Desarrolla la provisión de la atención integral e incluyente a la población, en todos sus ciclos de vida, a lo largo de toda la red. Este se desarrolla a través de los programas comunitario, familiar e individual de salud, integrando la vigilancia sociocultural de salud y su ciclo de gestión de la atención. El proceso de regulación se refiere a aquellas acciones centradas en el logro de arreglos institucionales (leyes, normativas, entre otros) que generan condiciones para la protección en salud. En este plan se aborda únicamente al primero de ellos, el de atención y vigilancia en salud integral e incluyente.
Gestión y Soporte (GESE)	Constituye los procesos de soporte de la red. Se dirige a la eficiente y eficaz generación de condiciones, disponibilidad y administración de todo tipo de recursos necesarios para el funcionamiento de la red de atención. Abarca los siguientes procesos de gestión: talento humano, financiera, administrativa, información, logística e infraestructura.
Gestión de la Calidad (GEA)	Constituye los procesos de aseguramiento de la calidad de la Red. Tiene como finalidad el control y la mejora continua de los procesos, las tecnologías, la cultura organizacional y las necesidades de las y los usuarios, en relación con la eficiencia, eficacia y calidad, así como de las perspectivas de la RASI. Evalúa el desempeño de los macroprocesos de la RASI en su relación con el resto de los componentes de la RAS. Abarca los procesos planificación y organización de la calidad, la medición y control y el mejoramiento e innovación continua. En este plan, estos procesos son realizados por los equipos a cargo de los macroprocesos de REGOD y ARES, a nivel del distrito y del área de salud.

Fuente: elaboración propia con datos del ISIS (2018).

1. Rectoría Estratégica y Gobernanza Democrática (REGOD)

La rectoría estratégica se define como el ejercicio de liderazgo y conducción que se desarrolla en un marco amplio de participación de personas, familias, organizaciones sociales y comunitarias, redes ancestrales, instituciones públicas y privadas, entre otras, en función de construir y sostener una gobernanza democrática. La rectoría estratégica inicia y sostiene, en el tiempo, la transformación de la RASI y la constitución de la RAS, en consecuencia, un cambio en el sistema

de salud en su conjunto. Busca el establecimiento y cumplimiento sucesivo de los arreglos institucionales consensuados democráticamente con base en el derecho a la salud. Se constituye a través del ejercicio del poder normativo, regulatorio y de control, y en la gestión de los recursos estratégicos que aseguran la ejecución eficiente y eficaz de la autoridad a lo largo de la red. Su fin es garantizar la viabilidad y factibilidad del proceso de trasformación encaminado a alcanzar el derecho a la salud y los resultados sanitarios del sistema, desde la multiconcepción de la salud, las perspectivas y atributos.

La gobernanza democrática se entiende como un proceso dinámico, complejo y político, de direccionamiento, coordinación y participación plena de los actores y componentes de la RAS en una permanente transformación para resolver la problemática de salud, desde el derecho, la multiconcepción y la determinación social de la salud. Sus objetivos se alcanzan y sostienen a partir de arreglos institucionales y mecanismos consensuados de participación social, que son la base de la negociación, la construcción de la legitimidad y el ejercicio del poder, en el marco del trabajo de redes configuradas desde lo local a lo nacional. Las redes al tener un carácter sistémico, policéntrico y multiactor, establecen las condiciones adecuadas para desarrollar este tipo de gobernanza.

El macroproceso de REGOD, cuenta con procesos y subprocesos que se presentan a continuación y que deben integrar mecanismos de monitoreo y evaluación periódica a lo interno de la institución, que permita tener una apreciación cualitativa y cuantitativa del avance de las actividades y el logro de los resultados esperados, del desempeño del personal, entre otros. La metodología e instrumentos de evaluación se desarrollarán acorde a la especificidad de cada proceso y de ser posible, de manera automatizada. En el proceso de planificación se explicita el monitoreo y la evaluación como parte del ciclo de políticas públicas. Estos mecanismos se complementan con los procesos del macroproceso de Gestión de la Calidad (GEA).

Sus procesos y subprocesos son:

a. Formulación y conducción política

Es el proceso que abarca la definición de políticas institucionales sectoriales e intersectoriales y la política nacional de salud. Este plan maestro debe formar parte de una política institucional del MSPAS, cuya definición y conducción esté dirigida a alcanzar el acceso universal a una salud integral e incluyente. En el mediano y largo plazo, como parte del proceso del desarrollo de la red de atención y del sistema de salud en general, se espera la formulación de una política nacional de salud (este alcance no forma parte de esta espiral).

La conducción de la política institucional de salud conlleva la coordinación de todos los componentes de la RAS y la articulación intersectorial, involucrando a las municipalidades y al sistema de consejos del desarrollo, entre otros, con el fin de potenciar acciones de mayor impacto a la salud y para orientar las inversiones en infraestructura propuestas con base en el reordenamiento territorial y reorganización de la red de atención.

- **Formulación de políticas:** es el subproceso encargado de desarrollar la Política Institucional de Salud (POI), que define las líneas estratégicas de implementación de la RASI. En otras publicaciones se abordará la formulación de políticas de carácter nacional, sectorial y/o intersectorial.

- **Conducción política:** es el subproceso que dirige la POI, desde la cual desarrolla los lineamientos y priorización marco de la implementación de la RASI y su modelo de atención, y

alinea todos los procesos de gestión en torno al alcance de las metas comunes. Además, dialoga y presenta las políticas y planes a todos los componentes de la RAS, como a la ciudadanía y autoridades ancestrales. La coordinación con las municipalidades, con el sistema de consejos de desarrollo y otras autoridades locales, permite la gestión conjunta de inversiones en infraestructura sanitaria y en otros proyectos relacionados con la determinación y condicionantes de la salud.

b. Planificación

Es el proceso que lidera la planificación, la organización y el ordenamiento estratégico institucional y territorial de las redes a partir de la política institucional, así como el ciclo de planificación de la administración pública. Es un proceso integrador y coordinador de la implementación de la RASI, en el marco de la RAS y la intersectorialidad. Por su naturaleza, este busca la construcción de legitimidad y la respuesta a las necesidades de la población a través de la participación social en los momentos claves de la planificación.

- **Planificación estratégica:** es el subproceso que desarrolla los instrumentos de Planificación Estratégica Institucional (PEI) y los planes territoriales de áreas de salud (PET), basada en los lineamientos de la POI que incluye los lineamientos de la reorganización institucional de las redes de atención y el reordenamiento territorial de las mismas. Este proceso de planificación es compartido y articulado con otros actores institucionales y organizaciones públicas y privadas, con el fin de identificar proyectos que trabajen sobre la determinación y condicionantes de salud, así como en la identificación del listado geográfico de obras para la expansión y fortalecimiento estratégico de la RASI, desde sus redes locales. Incluye, además, el desarrollo de los procesos de inducción al modelo de atención y la estrategia de redes a todos los niveles de gestión.
- **Planificación operativa y programación:** en el marco de la POI, del PEI y de la PET del área, este subproceso consiste en realizar el Plan Operativo Anual (POA) y el Multianual (POM). El POA se armoniza con la Agenda Técnica Operativa Local (ATOL), que se realiza anualmente en distritos y áreas de salud, para la implementación del modelo de las redes locales. Los anteriores guían la elaboración y ejecución de planificaciones y cronogramas mensuales. Como parte del plan maestro de las redes de atención, se inicia con la identificación de las brechas de recursos estratégicos (personal, medicamentos, equipo, vehículos, insumos, otros), según la nueva organización de las redes de atención y su reordenamiento territorial. Estos procesos de planificación institucional indicados deben ser compartidos y coordinados con todos los actores de la RAS y con una importante participación social desde lo local, lo que incluye, entre otros, el desarrollo con la comunidad del Análisis de la Situación de Salud (ASIS).
- **Monitoreo y evaluación:** los procesos y subprocesos de política y planificación son monitoreados y evaluados periódicamente de manera participativa al interior de la institucionalidad y con los otros componentes de las RAS. Se deberá contar con procesos de evaluación cualitativos y cuantitativos, con indicadores de proceso, resultados y de impacto, a lo largo de la implementación del plan maestro.

c. Comunicación estratégica

Es el proceso encargado del diseño e implementación de la estratégica de comunicación territorial del plan maestro, a partir del cual se

desarrollan todas las actividades de comunicación interna (hacia el personal dentro de las redes de atención institucional) y la externa (hacia los actores de la RAS, población en general, entre otros). Incluye el proceso de monitoreo y evaluación de los planes de comunicación. Es un proceso estratégico que aporta a la construcción de principios y valores comunes al interior de la RASI y fortalece los procesos de transformación en el marco de la RAS.

- **Cabildeo**: subproceso que desarrolla actividades de comunicación pertinentes para la negociación, coordinación y construcción de la legitimidad del plan maestro, desde los distritos municipales (DMS) y direcciones de áreas de salud (DAS), con todos los actores de la RAS y la población en general. Este subproceso es fundamental para la negociación de proyectos y/o la coordinación de programas con actores institucionales como alcaldes, gobernadores, autoridades ancestrales, entre otros.

- **Información y divulgación**: subproceso que desarrolla las campañas de comunicación, a nivel interno y externo, que incluye la identidad de la campaña, la construcción de contenidos, la coordinación con medios, la difusión y coordinación con enlaces de comunicación, entre otros.

d. Rendición de cuentas

Es el proceso dirigido a fortalecer la responsabilidad y la rendición de cuentas en la gestión pública. Incluye el subproceso de gestión de la transparencia que garantiza el acceso a la información pública y a datos abiertos en salud de forma continua y permanente. Igualmente incluye el proceso de fiscalización social que establece mecanismos abiertos de recepción de la fiscalización social dedicada a vigilar, evaluar y promover la eficiencia y eficacia de la gestión de los recursos públicos. Busca la construcción de la legitimidad de los planes de implementación, fortalecer la institucionalidad y aportar a la estabilidad y continuidad de los procesos. También considera importante rendir cuentas a otros actores estatales y privados, con fines de dar certidumbre y responder a compromisos de coordinación intersectorial y en la RAS, en la ejecución de programas, proyectos o apoyos específicos necesarios para el establecimiento de las redes de atención en salud y para el trabajo sanitario.

- **Gestión de la transparencia**: este subproceso garantiza el acceso a la información pública y a los datos abiertos en salud, así como a la presentación activa de información relevante de los procesos de implementación. Se establece de forma continua y permanente habilitando procesos, normativas y mecanismos (físicos y virtuales) para su desarrollo. En particular, está dedicado a trasmitir información relevante a la población, comunidades autoridades, líderes formales e informales de los municipios y departamentos, donde se va implementando el plan maestro.

- **Gestión de la fiscalización social**: este subproceso establece mecanismos institucionales que habilitan y garantizan el diálogo con la población que realice la acción fiscalizadora. Esto se implementa como parte de la red desde lo local a lo nacional, utilizando recursos sencillos como aperturas conjuntas de buzones de denuncia en cada punto de atención, oficinas específicas o plataformas automatizadas de fácil acceso (integradas en red), que permitan sistematizar y tomar acciones prontas o estratégicas, ante las situaciones que se presenten. Esto subproceso conlleva construir la capacidad institucional de respuesta pertinente ante la demanda de la población. Un aspecto fundamental es que la población sea protagónica en la vigilancia

de todos los aspectos relacionados con la implementación del plan maestro: en sus mecanismos de ejecución del plan, la gestión de los recursos estratégicos, las acciones prioritarias y atenciones establecidas para beneficio de la ciudadanía.

Cuadro 4

Rectoría estratégica y gobernanza democrática: procesos, subprocesos y actividades de la RASI (2020-2025)

Proceso	Subprocesos	Actividad
Formulación y conducción política	**Formulación de políticas**	Formulación de la Política Institucional de Salud (POI)
	Conducción de políticas sanitarias	Presentación con COMUDE y ciudadanía el plan de implementación
		Presentación con UTD, CODEDE, ciudadanía y autoridades ancestrales
		Conducción de la Política Institucional de Salud (POI)
Planificación	**Planificación estratégica territorial**	Desarrollo de Plan Estratégico Institucional (PEI)
		Desarrollo de Plan Estratégico Territorial (PET)
		Inducción al Modelo Incluyente de Salud y RASI
		Reordenamiento y reorganización territorial
	Planificación operativa y programación	Formulación (POA)
		Programación
	Monitoreo y evaluación	Monitoreo de metas y resultados
		Evaluación de medio término de políticas y planes
		Evaluación final de políticas y planes
Rendición de cuentas	**Gestión de la transparencia**	Gestión del acceso a datos abiertos de salud
	Gestión de la fiscalización social	Espacios de denuncias y rendición de cuentas
Comunicación estratégica	**Información y divulgación**	Videos de socialización plan de implementación
	Cabildeo	Acciones de cabildeo de plan de implementación

Fuente: elaboración propia.

2. Atención y Regulación en Salud (ARES)

Dentro de este macroproceso el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente se refiere a la provisión de atención a la población en todos sus ciclos de vida y a lo largo de toda la red. Este proceso integra la vigilancia sociocultural de la salud y la gestión de la atención por parte de los equipos de atención de la red. A este proceso se aplica la horizontalización programática que organiza la atención en tres programas: comunitario, familiar e individual. Aplica de manera operativa las perspectivas y atributos de la RASI y establece mecanismos de coordinación y articulación con los otros actores de la RAS.

El proceso de regulación, control y vigilancia se refiere a aquellas acciones centradas en el logro de arreglos institucionales (leyes, normativas, entre otros), que generan condiciones para la protección en salud. La regulación en salud tiene una aplicación amplia desde la determinación social, afectando condiciones y riesgos específicos de enfermar y morir, en una gran diversidad de campos como son: el trabajo, el ambiente, alimentos, medicamentos, servicios médicos privados, entre otros. Establece marcos legales y normativos que se aplican a nivel nacional y su enfoque, si bien debe enmarcarse en las funciones de rectoría y gobernanza del MSPAS, debe ser participativo y de negociación con los diferentes actores involucrados en los temas o actividades por regular.

Este proceso no forma parte de esta espiral.

Sus procesos y subprocesos son:

a. Atención y vigilancia en salud integral e incluyente

Constituye el proceso central de trabajo de la RASI en beneficio de la población en esta espiral. Se basa en dar respuesta a la necesidad de atención de la población a lo largo del ciclo de vida y a todos los problemas que lo requieran, acorde a la capacidad resolutiva de las redes locales y distritales de salud. Incluye la atención de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo con la problemática sanitaria general, la complejización epidemiológica y las prioridades sanitarias nacionales. Se desarrolla en los ámbitos individual, familiar y comunitario mediante la ejecución de Tácticas Operativas de los tres programas diseñados para ello. Integra las perspectivas y atributos y establece las coordinaciones y articulaciones necesarias para trabajar en el marco de todos los componentes de la RAS.

Este proceso integra cinco subprocesos: programa individual de atención en salud (PIAS), programa familiar de atención en salud (PFAS), el programa comunitario de atención en salud (PCOS), la vigilancia sociocultural de la salud y la gestión de la atención y vigilancia en salud. Estos subprocesos tienen un alto desarrollo metodológico, operativo e instrumental, integrando las perspectivas y atributos.

- **Programa individual de atención en salud (PIAS)**: el objetivo de este programa es brindar asistencia clínica integral, continua y de calidad, para la resolución o disminución de problemáticas y riesgos de salud presentes en las personas. Este programa o ámbito centra su actuar en actividades de atención integral en los establecimientos de salud mediante consultas clínicas, atención de urgencias, así como las atenciones preventivas intra y extramuros a grupos prioritarios. Operacionaliza la perspectiva del derecho a la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y la armonía con el ambiente o Madre Naturaleza. Coordina con otros componentes de la RAS, específicamente con el modelo de autoatención y los modelos locales, ancestrales y populares.

Las intervenciones se ejecutan mediante actividades de las siguientes tácticas operativas:

- Atención integral continua a demanda en puestos de salud (todos los ciclos de vida).
- Fortalecimiento de la integralidad de la consulta mediante hojas guía.
- Atención preventiva intra y extramuros a grupos prioritarios (embarazo, puerperio, recién nacidos menor de 5 años, mujeres en edad fértil y otros).
- Seguimiento intra y extramuros de casos especiales (crónicos, tuberculosis, hechizo, desnutrición, neumonía, otros).
- Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas en noveno mes, puérperas y recién nacidos).
- Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contrarreferencias, entre otros).
- Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida).

- **Programa familiar de atención en salud (PFAS)**: el objetivo de este programa es fortalecer la capacidad de autoatención y autocuidado de la familia, para proteger a sus integrantes. Promueve la participación de la familia en los espacios comunitarios y desarrolla acciones preventivas, promocionales, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos, desde las lógicas socioculturales y modelos explicativos de la salud propios de cada familia. En este programa se aborda fundamentalmente la identificación y atención de la determinación social, condicionantes y riesgos de la salud del núcleo familiar en conjunto, en el ámbito de la vivienda y de la comunidad. Operacionaliza la perspectiva del derecho a la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y la armonía con el ambiente o Madre Naturaleza. Coordina con otros componentes de la RAS para la atención a necesidades de las familias en las que el MSPAS no tiene respuesta. Destaca la coordinación con las redes de terapeutas ancestrales y populares.

Las intervenciones se ejecutan mediante actividades de las siguientes tácticas operativas:

- Visita familiar integral.
- Visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo.
- Visitas de seguimiento a familias con diagnóstico rojo, anaranjado y amarillo (plan familiar, hoja de ruta).
- Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar (emergencias individuales)
- Realiza además tácticas operativas de manera conjunta con el Programa Comunitario de Salud (PCOS).

- **Programa comunitario de salud (PCOS):** el objetivo de este programa es contribuir a la transformación de la determinación, condicionantes y riesgos de la salud de la población, incidiendo de forma positiva en el empoderamiento y fortalecimiento de la participación social, organizaciones y redes comunitarias y ancestrales. El trabajo de salud comunitaria implica la articulación de todos los componentes de la RAS e impulsar la intersectorialidad, con la participación de autoridades locales, ancestrales y con los Consejos Comunitarios de Desarrollo Urbano y Rural (COCODE) y los Consejos Municipales de Desarrollo Urbano y Rural (COMUDE). Operacionaliza la perspectiva del derecho a

la salud, la pertinencia intercultural, la equidad de género y la armonía con el ambiente o Madre Naturaleza. Destaca la defensa del territorio y desarrolla el enfoque de derechos de los pueblos.

Las intervenciones se ejecutan mediante actividades de las siguientes tácticas operativas:

- Coordinación del ciclo de acercamiento y negociación comunitaria: croquis y conteo poblacional, ficha comunitaria, actualización del conteo poblacional, línea basal.
- Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios (COCODES).
- Intercambio con Terapeutas Maya Populares y abuelas comadronas.
- Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios de salud (COPEC).
- Agua, saneamiento ambiental y zoonosis.
- Huertos demostrativos de plantas medicinales.
- Atención interprogramática en comunidades de difícil acceso.

Las tácticas operativas (actividades), compartidas con el programa familiar son:

- Trabajo educativo preventivo con grupos de familias (riesgos del medio ambiente, alimentación y educación).
- Trabajo educativo preventivo con jóvenes (prevención de violencia basada en género, etc.).
- Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción de la salud).
- Comunicación e información en salud, trabajo educativo preventivo a nivel comunitario, (escuelas, grupos, etc.) a partir de necesidades identificadas en PFAS y PCOS.

Para llevar a cabo los tres programas se hace necesario el equipamiento de equipos polifuncionales, la habilitación de instalaciones para sus equipos, fortalecimiento de la red de servicios y los procesos de formación y/o reforzamiento de competencias en los equipos (talleres de capacitación y formación permanente).

- **La vigilancia sociocultural de salud (VSCS):** esta permite el abordaje sociocultural de la salud, basándola en un enfoque multidimensional, en el marco de la determinación social de salud. Desarrolla la investigación, vigilancia y análisis de la situación de salud.

  El enfoque epidemiológico de la determinación social (enfoque poblacional), se conjuga con el enfoque de riesgo tradicional de salud pública y se aplica en los tres niveles de análisis-acción: individuo, familia y comunidad. La información que se recolecta en los tres programas facilita la caracterización y la reformulación de posibles interrelaciones entre estos niveles de análisis-acción, lo que permite un acercamiento más preciso e integrado con la realidad y por lo tanto una mejor comprensión para definir las intervenciones más apropiadas.

  Esta es una herramienta básica para la gestión de los tres niveles de atención en salud al recolectar, procesar, analizar y notificar la información para la toma de decisiones y la definición de estrategias, así como para evaluar la efectividad de las acciones. La vigilancia de la salud implica necesariamente una amplia formación de los equipos locales de salud en diferentes temáticas como: el enfoque poblacional y de riesgo, las definiciones de caso, los aspectos socioculturales y problemas de salud atendidos por otros

modelos, y los conocimientos de las lógicas socioculturales en el marco de la autoatención. Además de cumplir con los protocolos nacionales de vigilancia requiere de protocolos de vigilancia de enfermedades atendidas por terapeutas de los pueblos maya, garífuna, xinca y mestizo del país.

La vigilancia sociocultural de la salud constituye parte inherente al proceso de gestión, generando el insumo fundamental (la información), normando espacios de análisis sistemático y del uso concreto de la misma, siendo estos:

- Análisis de situación de salud (institucional y comunitario).
- Reunión de vigilancia semanal.
- Análisis de procesos de las tácticas operativas para seguimiento de indicadores y alcance de metas.
- Sala situacional (institucional y comunitaria).
- Aplicación de protocolos y normas de vigilancia.

Cuadro 5

Conformación y perfil mínimo de los equipos de atención de la RASI en su implementación (2020-2025)

	Puesto	Perfil	Cantidad ideal
ECOS	Equipo comunitario de salud (ECOS)	Auxiliar de enfermería.	Dos por sector (mínimo)
EAPAS	Responsables del Programa Individual (PIAS)	La primera es una enfermera profesional y la segunda un médico(a) general o licenciado(a) en enfermería con formación y experiencia en salud pública.	Dos por territorio
	Responsable del Programa Familiar	Enfermero(a) profesional, trabajador social o técnico(a) en salud rural.	Uno por territorio
	Responsable del Programa Comunitario	Técnico(a) en salud rural, inspector(a) de saneamiento ambiental, técnico(a) en trabajo social.	Uno por territorio
	Asistente de información	Bachiller en computación.	Dos por territorio

Fuente: MMN (2013).

- **Gestión de la atención y vigilancia en salud:** este consiste en actividades de planificación, organización, conducción, ejecución, monitoreo y evaluación, vinculados al proceso de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente. Se complementa con las actividades, subprocesos y procesos, de los macroprocesos de REGOD, GESE y GEA. Para llevar a cabo cada uno de estos procesos, se requiere la formación y/o reforzamiento de competencias en los equipos, mediante talleres de inducción y seguimiento.

Este proceso se realiza de manera permanente, en todos los ciclos de implementación del modelo y redes locales, a través de actividades organizadas de acuerdo con el ciclo de administración, dirigidas a la atención y vigilancia en salud (ver Cuadro 6).

- **Planificación**: esta actividad se realiza de manera permanente, contando con la participación de todos los equipos y liderada por los equipos de conducción del DMS y de las DAS. La herramienta de planificación anual se denomina Agenda Técnica Operativa Local (ATOL), y es la guía de trabajo a partir de la cual se hacen memos de prioridades y cronogramas mensuales de los ECOS y EAPAS, responsables del trabajo de atención y vigilancia en sectores y territorios. Las dos actividades de planificación anual, el POA y el ATOL, deben compatibilizarse. Siendo la primera con fines de elaboración de presupuesto y, la segunda, con el objetivo de orientar el trabajo operativo de los equipos de campo para alcanzar sus resultados. Este plan toma en consideración la formación y capacitación necesaria de los equipos en estos aspectos de planificación vinculados al desarrollo del modelo y de la red en su conjunto. La planificación institucional debe ser compartida y coordinada con las otras organizaciones, instituciones, grupos o familias que forman parte de los componentes de la RAS.

- **Organización**: esta actividad deviene de las orientaciones de política y se basa en la organización del modelo y redes de atención. Consiste en la reorganización del personal ya existente en el nivel central, en DAS y DMS del MSPAS. Es particularmente importante la reorganización de los equipos de DMS de acuerdo con las necesidades de implementación del modelo y las redes locales, alcanzando a cubrir todos los puntos de atención en los sectores. Esta actividad de organización parte de la condición que la brecha de personal puede ser cubierta de manera sucesiva, hasta su totalidad. El personal se constituye en equipos polifuncionales y su número debe ser definido con el criterio de carga laboral. La actividad de organización requiere de la preparación de los equipos de DMS y DAS para su implementación y los equipos de conducción y de administración participan en las propuestas y tomas de decisión. La organización, así como todos los detalles del trabajo en red, debe ser socializado con los actores locales y comunitarios, así como con todos los componentes de la RAS en sus diferentes niveles de actuación.

- **Conducción**: esta actividad consiste en el acompañamiento permanente y direccionalidad que se le brinda a los equipos para garantizar el cumplimiento de los objetivos de los programas, el seguimiento de indicadores y el alcance de las metas sanitarias establecidas. Esta función la desempeñan la coordinación y el consejo técnico del DMS; y la dirección y consejo técnico de área de salud. Esta actividad toma como insumos los instrumentos de política, planificación, monitoreo y evaluación aplicado en el marco del modelo y las redes de atención. Esta

conducción institucional debe complementarse con las actividades de gobernanza y rectoría para el impulso de la RAS a diferentes niveles de actuación y alcanzar acuerdos de trabajo con las diferentes organizaciones, instituciones, entre otros.

- **Ejecución**: esta actividad está referida a la operacionalización de la atención y vigilancia en salud por parte de los equipos de distritos en sus redes locales de salud (territorios y sectores). La ejecución de esta actividad debe tomar en cuenta las normas y protocolos, guías e instructivos establecidos. Así como el conjunto de acciones acordadas y coordinadas en el marco de la RAS.

- **Monitoreo y evaluación**: esta actividad está dirigida a dar seguimiento permanente a la implementación del plan maestro, en lo referente a la atención y vigilancia en salud. Vincula acciones de vigilancia en salud, informes de proceso y resultados del ATOL y de las tácticas operativas de los tres programas (PIAS; PFAS y PCOS), el monitoreo de competencias y la supervisión de los puestos de salud. Estas acciones, aunque son dirigidas al desarrollo interno de la implementación, debe servir de insumo para los procesos de conducción de política, planificación, comunicación estratégica y rendición de cuentas. Los equipos de conducción de los DMS y DAS son los responsables de esta actividad en general, y en los sectores y territorios son los ECOS y EAPAS. Esta actividad deberá contar con la participación de las comunidades, como es el caso del ASIS, para alcanzar a tener una visión completa de la problemática de salud abarcando o tomando en consideración la visión de la población. Esta actividad debe ser completada con las actividades de recepción de denuncias (apertura conjunta de buzones en puntos de atención) y con la fiscalización social en general.

Cuadro 6

Ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente

Componente del ciclo gestión		ECOS (sector) / EAPAS (territorio)	Equipos de atención integral de la red local (CS)	DAS
Planificación	Agenda técnica operativa local (ATOL)	ATOL territorio	Consolidado de ATOL de redes locales / ATOL de CS	Consolida la ATOL
	Memo de prioridades	Insumo para cronograma de ECOS y EAPAS	Memo de prioridades de la red local	Memos consolidados
	Cronograma mensual	"	"	"

Continúa...

Cuadro 6

Ciclo de gestión de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente

Componente del ciclo gestión		ECOS (sector) / EAPAS (territorio)	Equipos de atención integral de la red local (CS)	DAS
Organización	Reorganización de personal y conformación de equipos (criterios según carga laboral)	EAPAS (mínimo 5 por territorio) y ECOS (mínimo 2 por sector)	Responsable de gestión organiza EAPAS y ECOS	DAS nombra responsable de gestión de RASI
Conducción	Reunión de consejo técnico/reunión técnica EAPAS y ECOS	EAPAS responsable de sector con ECOS	Responsable de gestión con EAPAS	Reunión de consejo técnico periódica
Ejecución	Aplicación de tácticas operativas de los tres programas y captura y procesamiento de información de competencias y cumplimiento del proceso de soporte	EAPAS a ECOS	Responsable de gestión a EAPAS	Nivel central a responsable de gestion de RASI
Monitoreo y evaluación	Vigilancia semanal (insumo cronograma mensual)	"	"	"
	Sala situacional / mensual (insuma cronograma mensual)	"	"	"
	ASIS (insumo para el ATOL)	ASIS por territorio	ASIS de cada red local	
			Consolidación de ASIS de redes locales conforman el ASIS de la red distritral	ASIS interdistritales
	Monitoreo de procesos de las tácticas operativas para el logro de indicadores (insuma cronograma mensual)	Sectores y territorios	Red disrital: redes locales	Integra
	Interprogramática (evaluación del desempeño, insuma la ATOL)	Territorio	Participa en las interprogramáticas del territorio	Integra
	Monitoreo de competencias (insumo para la interprogramática)	EAPAS hace monitoreo a ECOS	Responsable de gestion hace monitoreo a EAPAS	DAS hace monitoreo a responsable de gestión de RASI
	Supervisión de puestos de salud	EAPAS hace monitoreo de puestos de salud	Responsable de gestion hace monitoreo a EAPAS	

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 7

Atención y regulación en salud: procesos, subprocesos y actividades de la implementación de la RASI (2020-2025)

Proceso	Subprocesos	Actividad
Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Programa Individual de Atención en Salud	Equipamiento de equipos polifuncionales
		Habilitación de instalaciones para EAPAS/SIMIS
		Fortalecimiento de la red de servicios
		PIAS - Fortalecimiento de la atención integral
		PIAS - Tácticas operativas
	Programa Familiar de Atención en Salud	PFAS - parte I
		PFAS - PCOS
		PFAS - parte III
		PFAS - parte IV
		PFAS - Tácticas operativas
	Programa Comunitario de Atención en Salud	PCOS - Gestión y generalidades del MIS y RASI
		PCOS parte I - Croquis y conteo poblacional
		PCOS parte II - Línea basal
		PCOS parte III
		PCOS parte IV - Actualización del conteo poblacional
		PCOS parte V
		PCOS - Tácticas operativas
	Vigilancia sociocultural de la salud	Gestión y generalidades del MIS y RASI
		VSCS parte I
		VSCS parte II
		VSCS - Tácticas operativas
	Gestión de la atención y vigilancia en salud	Planificación
		Organización
		Conducción
		Ejecución
		Monitoreo y evaluación

Fuente: elaboración propia.

3. Gestión y soporte (GESE)

Es el macroproceso que garantiza de manera oportuna y eficaz el aprovisionamiento y administración de los recursos (humanos, financieros, tecnológicos, tangibles e intangibles) necesarios para el óptimo funcionamiento de la red y el aseguramiento de la continuidad de la atención. Se define como un macroproceso de soporte que responde a las necesidades de la red y de la población desde una perspectiva de derechos.

El macroproceso de GESE cuenta con procesos y subprocesos que se presentan a continuación y que deben contar con un mecanismo de monitoreo y evaluación periódico a lo interno de la institución, que permita tener una apreciación cualitativa y cuantitativa del avance de las actividades y el logro de los resultados esperados, del desempeño del personal, entre otros. La metodología e instrumentos de evaluación se

desarrollarán acorde a la especificidad de cada proceso y de ser posible, de manera automatizada. Estos mecanismos se complementan con los procesos del macroproceso de gestión de la calidad (GEA).

Sus procesos y subprocesos son:

a. Gestión del talento humano

Este proceso garantiza la disponibilidad oportuna del recurso humano calificado y competente para la ejecución del plan maestro, preparando las condiciones y realizando todas las gestiones administrativas y financieras necesarias, previas a dar inicio a las contrataciones del personal, posteriormente recluta, selecciona y contrata al personal competente que cumpla con el perfil preestablecido para cada puesto, asegurando capacitación permanente de las tecnologías necesarias para la implementación del modelo de atención. Este proceso también desarrolla la formación permanente (escuelas nacionales de enfermería) de talento humano para futuras contrataciones, asegurando la disponibilidad del recurso para todos los ciclos de implementación de la red de atención a nivel nacional.

- **Gestión puestos y dotación**: genera las condiciones para la contratación de personal acorde a la política laboral institucional, específicamente, generado las estructuras administrativas, tales como puestos y perfiles, la programación presupuestaria y la planificación anual de las contrataciones, entre otras. También desarrolla las actividades de reclutamiento, selección y contratación del recurso humano de forma oportuna.

- **Desarrollo del talento humano**: implementa los procesos de formación de personal nuevo acorde a nuevos perfiles necesitados (auxiliares de enfermería con enfoque en salud familiar y comunitaria). Esto se desarrolla a través del fortalecimiento de las seis Escuelas Nacionales de Enfermería y el desarrollo de cinco extensiones de formación por cada escuela; cada extensión contará con dos formadoras, y para ello será necesario iniciar con un taller de formación de formadoras del total de sesenta docentes. Con esto se espera formar alrededor de 2,000 auxiliares de enfermería por año, para cubrir las brechas de expansión y apertura de servicios. Asimismo el fortalecimiento de competencias del personal contratado a través de capacitaciones permanentes de tecnologías (programas y tácticas operativas) y evaluaciones de desempeño periódicas a fin de identificar debilidades y fortalezas en el ejercicio de sus funciones. Esto último requiere de actividades de formación de competencias en las bases teóricas, metodológicas e instrumentales del modelo y la RASI, las cuales se realizan en talleres con metodologías participativas.

b. Gestión financiera

Este proceso garantiza la disponibilidad oportuna de los recursos económicos a todos los procesos de gestión de la red, desde su formulación hasta la ejecución de los pagos por servicios y otros.

- **Presupuesto**: este subproceso gestiona la formulación, (re)programación y ejecución del presupuesto, acorde a la planificación operativa y estratégica multianual, para brindar el soporte económico y presupuestario para la ejecución de todos los procesos sustantivos de la red de atención.

- **Contabilidad**: a este subproceso le corresponde la recepción, revisión y aprobación de expedientes para pago a proveedores y al personal, por medio del comprobante único de registro.

- **Tesorería**: En este subproceso se gestiona y ejecuta el pago a los proveedores, y se

gestiona y ejecuta el pago de salarios y honorarios que envían revisados y aprobados desde contabilidad.

c. Gestión administrativa

Es el proceso que garantiza la adquisición transparente y provisión oportuna de los bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de la red de atención, asegurando la continuidad de la atención, esto incluye también los subprocesos adicionales de inventariado y bodega.

- **Compras y contrataciones**: basada en la Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento y conforme a las modalidades establecidas en ley, en este subproceso se adquieren los bienes y servicios necesarios para el correcto funcionamiento de la red de atención, conformando para lo mismo los planes anuales de compras (PAAC), gestionando las bases de adquisición y de compras en el sistema de Guatecompras y ejecutando las mismas.

- **Inventario**: en este inscriben, actualizan y se da egreso a los activos fijos en el registro consolidado de la Dirección de Bienes del Estado. Incluye el control y registro de las asignaciones de bienes al personal a través de tarjetas de responsabilidad, para su uso.

- **Bodega**: abarca el registro, almacenamiento, control y abastecimiento de materiales y suministros adquiridos como apoyo al funcionamiento de la red de atención, incluidos los que se destinan a la conservación y reparación de los activos fijos, y los destinados a consumo final como insumos de limpieza, de oficina, productos sanitarios, etc.

d. Gestión de la información

Su objetivo es brindar el conocimiento de la situación de salud de las poblaciones donde se desarrolla el modelo de atención; así como planificar, monitorear y evaluar todas las actividades e intervenciones de soporte, brindando un registro confiable de la información, para su posterior análisis.

- **Infraestructura de información y comunicación**: gestiona la disponibilidad, calidad y puntualidad de la información. Desarrolla las plataformas de almacenamiento, archivo, condensación y recuperación de los datos registrados. Gestiona la adquisición, instalación, mantenimiento de la infraestructura física del sistema de información.

- **Diseño e integración de soluciones de información:** transforma los datos en información como evidencia y conocimiento que orientan las acciones en salud. Gestiona la accesibilidad de la información a tomadores de decisiones, así como a la población a través de datos abiertos de salud y el acceso a la información pública de salud.

- **Análisis diseño y desarrollo:** Identifica las características y requerimientos de información que el sistema debe poseer (análisis). Identifica las características para implementarlo de forma efectiva (diseño) y desarrollo nuevas herramientas según los requerimientos analizados.

- **Administración de bases de datos:** diseña, implementa y da mantenimiento al sistema de base de datos.

- **Implementación, capacitación y asistencia técnica (ICAT):** forma competencias en equipos de salud y de gestión de la información, y es responsable del acompañamiento para el uso del sistema de información. Da el soporte técnico regular a los equipos de computación y a los usuarios del sistema en relación con los programas de uso, incluyendo sus actualizaciones.

e. Gestión logística

Este proceso es el responsable de la adquisición y distribución oportuna de todos los insumos farmacéuticos y afines y equipo médico, para el adecuado abastecimiento de todos los puntos de atención de la red, que asegure la continuidad de la atención; así como responsable de activar la red de distribución nacional, a través de control de rutas de distribución y control de vehículos.

- **Gestión farmacéutica, de afines y equipo médico:** este subproceso garantiza la programación, adquisición, disponibilidad, control de inventario, almacenamiento y distribución de medicamentos y productos afines, de equipo e insumos de apoyo, diagnóstico y de materiales y suministros médicos, de forma oportuna, eficiente y eficaz a toda la red de atención a nivel nacional.

- **Gestión del transporte sanitario:** el subproceso de gestión del transporte sanitario tiene por objetivo dinamizar los flujos y contraflujos de personas y productos de soporte para el funcionamiento de la RAS. Por ejemplo, usuarios y equipos de trabajo desde y hacia los puntos de atención, así como la distribución de medicamentos, afines y distribución de informes laboratoriales y de soporte clínico terapéutico.

f. Infraestructura

Este proceso es de suma importancia para garantizar las instalaciones físicas necesarias para la implementación de la estrategia de la red de atención, este proceso engloba el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura existente, y la planificación, diseño, ejecución de eventos de construcción y supervisión de obras nuevas, o en su caso la búsqueda y selección de inmuebles para arrendamiento, en condiciones y calidades que garanticen una adecuada atención de los servicios.

- **Planificación y diseño:** el objetivo de este subproceso es desarrollar el conjunto de planos generales y específicos necesarios, para la ejecución de proyectos de construcción de obras para la red de atención, con base en un plan maestro de infraestructura, desarrollado a partir de la identificación de brecha en la primera etapa de implementación de la red. Este proceso estará a cargo de un equipo de profesionales quienes serán los responsables del proceso del desarrollo del plan maestro.

- **Supervisión:** este subproceso concentra todas las actividades a nivel nacional necesarias para llevar a cabo supervisión de obras, en proceso de construcción con la finalidad que permita verificar que se cumplan a cabalidad las especificaciones técnicas establecidas en las bases de licitación o cotización para este tipo de obras, identificando calidad de materiales, tiempos reales de cumplimiento de obra, diseño y acabados, y todos los aspectos técnicos especiales para cada construcción.

- **Reparación y remozamiento:** el subproceso de reparación y remozamiento de edificios, incluye la identificación de daños en las instalaciones que tienen en uso toda la red de atención en salud, la planificación de la reparación y/o remozamiento, el requerimiento de compras de materiales y herramientas de construcción, y la ejecución de la obra con base en la planificación anual.

- **Registro y regularización de infraestructura:** el subproceso de registro y regularización de infraestructura contempla una serie de acciones administrativas y legales

necesarias para la inscripción en la Dirección de Bienes del Estado del Ministerio de Finanzas Públicas y en el Registro General de la Propiedad, todo bien inmueble que ha sido entregado al MSPAS para uso, en calidad de donación, compra, adscripción o por construcción de obra nueva.

Cuadro 8

Gestión y soporte: procesos, subprocesos y actividades de la implementación de la RASI (2020-2025)

Proceso	Subprocesos	Actividad
Gestión administrativa	Compras y contrataciones	Planificación anual de compras y contrataciones
		Gestión de bases de adquisición
		Adquisiciones
Gestión financiera	Presupuesto	Formulación
		Programación y reprogramación
		Ejecución
Gestión del talento humano	Gestión de puestos y dotación	Dotación
		Gestión de puestos y perfiles
	Desarrollo del talento humano	Capacitación
		Formación
Gestión logística	Gestión farmacéutica de afines y equipo médico	Selección
		Adquisición
		Distribución
		Almacenamiento
		Atención al usuario
	Gestión del transporte sanitario	Control logístico de rutas
		Taller y control de vehículos
Gestión de la información	Infraestructura de la información	Equipamiento y mantenimiento de SIMIS
		Capacitación en configuración de MV (INFRA)
		Capacitación para seguimiento a sincronización semanal de información
		Capacitación a ICAT, cómo realizar visitas de reconocimiento
		Revisión y ajuste de rutas para visitas de reconocimiento (COORD)
		Rutas de visitas de reconocimiento
		Rutas de visitas de instalación
	Análisis, diseño y desarrollo	Capacitación en base de datos del SIMIS (BD)
		Configuración de la red de servicios
	Análisis, diseño y desarrollo	Curso de Java avanzado
		Curso de Java y frame works de desarrollo, para equipo de desarrollo
		Formación a SIGSA para el análisis y diseño de modificaciones en SIMIS

Continúa...

Cuadro 8

Gestión y soporte: procesos, subprocesos y actividades de la implementación de la RASI (2020-2025)

Proceso	Subprocesos	Actividad
Gestión de la información	Diseño e integración de soluciones de información	Capacitación en base de datos del SIMIS (BI)
		Capacitación, identificación de necesidades de información para difusión (BI)
		Diseño de instrumento de flujo de información
		Revisión del flujo de información
		Socialización de instrumento de flujo de información
	Implementación, capacitación y asistencia técnica (ICAT)	Habilitación de equipos de apoyo
		Habilitación de equipos de coordinación
		PCOS - Croquis y conteo poblacional
		PCOS - Conteo poblacional automático
		PCOS - Actualización de conteo
		PCOS - Línea basal y ficha comunitaria
		PCOS - Nacimientos, defunciones, traslados y nuevas familias
		PCOS - Directorio de terapeutas
		PIAS - Ficha clínica, cuaderno del niño, la niña y embarazo
		PFAS - Ficha familiar

Fuente: elaboración propia.

4. Gestión de la calidad (GEA)

Este macroproceso busca la construcción del sistema de gestión de la calidad en todos los procesos, tecnologías, cultura organizacional y la atención a las usuarias y los usuarios de la RASI. Se basa en la consolidación de las perspectivas del derecho a la salud, la equidad, la pertinencia intercultural y el respeto a la Madre Naturaleza, como fundamentos éticos, políticos, metodológicos y técnicos de transformación del sistema de salud. Enfatiza la medición y el control de la eficiencia, eficacia y la calidad en el desempeño de todo el ciclo de gestión de la RASI y en su relación con el resto de los componentes de la RAS, así como la gestión de la mejora continua e innovación hacia el alcance de los objetivos de acceso, integración (continua y longitudinal) e integralidad de la atención y la confiabilidad, seguridad y satisfacción de esta.

Sus procesos y subprocesos son:

a. Planificación y organización

Este proceso desarrolla la formulación de las políticas de calidad de la institución (RASI) y para el trabajo entre instituciones del sector (RAS). Define la planificación estratégica y operativa (estableciendo objetivos, metas, indicadores, actividades de evaluación y resultados) y el diseño y aplicación de la organización de los procesos y estructuras institucionales (ejemplo: el sistema de gestión de la calidad), que de mejor forma garantice el alcance de los objetivos establecidos por este. En esta primera parte de implementación de la RASI, incluye únicamente

la revisión de las políticas institucionales, planes y organización de las redes de atención con el objeto de garantizar que las mismas puedan desarrollar sus procesos de medición y control y mejoramiento e innovación continua.

- **Formulación y conducción de políticas de calidad**: analiza e incorpora en la Política Institucional (POI) los componentes de gestión de la calidad para permitir su correcta medición y mejoramiento continuo.

- **Planificación de calidad**: analiza e incorpora en la Planificación Estratégica Institucional (PEI), en los Planes Estratégicos Territoriales (PET), en las Planificaciones Anuales Operativas (POA) y las Agendas Técnicas Locales (ATOL) los indicadores de gestión de la calidad definidos en el plan de seguimiento para los mismos.

- **Diseño y organización de la calidad**: diseña y analiza los procesos, estructuras e indicadores (de eficiencia, eficacia y perspectivas) que las redes de atención utilizan para administrar, controlar y mejorar sus procesos de rectoría y gobernanza, de atención y regulación y los de gestión y soporte, y su relación e impacto en la calidad de atención y satisfacción de las y los usuarios.

b. Medición y control

Este proceso incluye el desarrollo y establecimiento de los instrumentos de medición en un sistema de monitoreo y evaluación que continuamente supervisa las desviaciones a la planificación, las normas y/o los indicadores propuestos en el diseño de la calidad del sistema. Construye y responde de forma preventiva o frente a desviaciones con escenarios de respuesta pre planificados cuyo objetivo es mantener la estabilidad y garantías del sistema. En esta primera etapa de implementación se desarrolla una ruta crítica de implementación con un tablero de indicadores de calidad y seguimiento a la gestión para cada uno de los procesos de implementación de la RASI, en cada uno de sus ciclos de implementación, lo cuales se monitorean y sus desviaciones son gestionadas de forma preventiva o reactiva, a partir de escenarios de trabajo pre planificados.

- **Medición:** Establece los instrumentos de medición y comunicación de indicadores (tablero de indicadores), ejecuta las actividades de medición continua y alerta sobre toda desviación al diseño de la gestión de la calidad propuesto en el plan maestro.

- **Control:** analiza los resultados de las mediciones e indicadores, calcula o demuestra la recurrencia de los sucesos, e identifica (y prioriza) a partir de estos, las amenazas y las vulnerabilidades de los planes y/o procesos frente a estas, priorizando aquellas controlables por la gestión. Diseña y establece previamente escenarios de contingencias de cada proceso y los ejecuta preventiva o reactivamente frente a las desviaciones en el sistema.

c. Mejoramiento e innovación continua

Este proceso incluye la definición y ejecución de los planes de desarrollo y mejora continuo para el fortalecimiento de los procesos, tecnologías, cultura organizacional y la atención a las y los usuarios que han sido identificados como perfectibles. Incluye además los procesos de acreditación de la calidad de procesos (entre otros) y la gestión de la innovación de estos. En esta primera parte de implementación, desarrolla únicamente los planes de fortalecimiento propuestos ante las necesidades de mejora identificadas de la RASI.

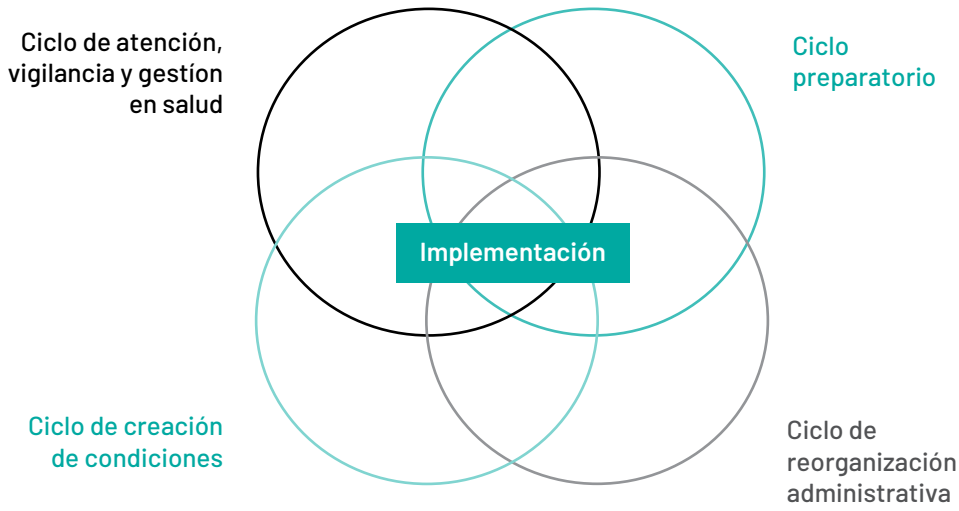
- **Mejoramiento continuo:** a partir de los resultados de la medición y control, el mejoramiento continuo desarrolla y ejecuta

un plan de acción de apoyo integral a los procesos y equipos de trabajo que necesitan fortalecimiento, así como el establecimiento de prácticas integrativas en la cultura organizacional de las redes que fortalezcan competencias relacionadas a los problemas encontrados. Cuando necesario, desarrolla nuevas propuestas de integración entre los procesos de rectoría y gobernanza, de atención y regulación y los de gestión y soporte.

C. Ciclos del plan maestro

El plan de implementación de la RASI (2020-2025), se realiza con base en ciclos que integran las actividades de los macroprocesos, procesos y subprocesos. Las actividades de estos ciclos pueden no ser secuenciales, razón por la cual a lo largo de los años de implementación los ciclos pueden darse de manera conjunta y recursiva dependiendo del tipo de actividades que se trate.

Figura 8
Ciclos de implementación de la RASI (2020-2025)



Fuente: elaboración propia

El proceso sustantivo del plan de implementación es el desarrollo de los tres programas de atención (individual, familiar y comunitario), la vigilancia sociocultural y la gestión de la atención y vigilancia en salud, en toda las redes locales y distritales institucionales. De forma paralela, se implementa el sistema de información del MIS (SIMIS) favoreciendo la planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, tanto de la implementación misma, como de la situación de salud de la población atendida, constituyéndose en una de las plataformas más importantes para el logro de los objetivos del modelo y de la RASI.

Para conocer la forma como los ciclos se van intercalando y se suceden de manera continua, ver el cronograma de implementación en el anexo 1.

1. Ciclo preparatorio

a. Rectoría estratégica y gobernanza democrática

Este inicia con la definición de la Política Institucional (POI) y del desarrollo subsecuente del Plan Estratégico Institucional (PEI) y los Planes Estratégicos Territoriales (PET) en las áreas de salud, como instrumentos de la conducción política y estratégica de la implementación. A partir de estos, se define el MIS como el modelo de atención de la RASI. La estrategia de redes de atención sustituye la organización de los servicios de salud por niveles de atención del MSPAS.

En el cuadro 9, puede observarse algunos de los arreglos institucionales que deben ser modificados para dar viabilidad a la ejecución del plan maestro que se presenta. Estas modificaciones son consideradas prioritarias como parte de este ciclo de preparación.

Cuadro 9

Instrumentos normativos propuestos a modificarse para fortalecer la atención y vigilancia en salud integral e incluyente

Instrumento	Modificación
Acuerdo Gubernativo 115-1999, Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	1. Definición de nuevo reglamento interno. 2. Establecer la red de atención en salud a nivel nacional. 3. Definir la categorización de servicios y sus categorías profesionales (evaluar la posibilidad que el contenido del reglamento interno del MSPAS no abarque cuestiones específicas sobre la red de atención y que se emita otro acuerdo específico para estos fines, puntos 2 y 3)
Acuerdo Ministerial 146-2017, que implementa el Sistema de Gestión y Atención en Salud	1. Se desarrolla la implementación de la RASI. 2. Se establece la estrategia de atención a través de los tres programas (individual, familiar y comunitario), en todos los puntos de atención. 3. Se regula el contenido del sistema de atención, la sectorización y agrupación en sectores, territorios, redes locales e interdistritales. 4. Se norma la tipología de servicios, y el recurso humano, tecnologías e insumos, que le corresponden. 5. Regular la longitudinalidad de la atención. 6. Se establece la dinámica de trabajo de la red.
Normas de atención	1. Estandarizar las normas de atención por niveles de análisis-acción (individual, familiar y comunitario) y por ciclos de vida garantizando la continuidad y longitudinalidad de la atención. 2. Integra perspectivas y atributos. 3. Integra vigilancia en salud sociocultural.

Continúa...

Cuadro 9

Instrumentos normativos propuestos a modificarse para fortalecer la atención y vigilancia en salud integral e incluyente

Instrumento	Modificación
Listado general de insumos	1. Lineamientos para la actualización del listado general de insumos acordes a las especificaciones del modelo para el fortalecimiento de los servicios, definidos para cada punto de atención de las redes.
Catálogo de medicamentos	1. La actualización y autorización del catálogo de medicamentos, acordes a las especificaciones del modelo y las nuevas normas de atención, definidos para cada punto de atención de las redes.
Estructura programática	1. La redefinición de la estructura programática presupuestaria con base en procesos y gestión por resultados. Se utiliza el marco de la determinación social de la salud, los tres niveles de análisis acción y la estrategia de redes de atención con base en los macroprocesos indicados en su modelo de gestión general.

Fuente: elaboración propia.

A partir del POI y el PEI, se desarrolla una inducción general a todos los niveles de gestión del Ministerio sobre la estrategia de la RASI y el MIS, lo que acompaña una reorganización de la red de servicios y su personal según los nuevos requerimientos estratégicos y programáticos. De igual forma, se desarrollan e implementan los lineamientos de un ordenamiento territorial cuyo fin será definir los criterios de planificación territorial de la atención que garantice el acceso a una atención integral, incluyente y continua a toda la población, favorable a la conformación de redes y al desarrollo de las acciones individuales, familiares y comunitarias. Este reordenamiento asegura la adscripción real de la población a la RASI y sirve como base de planificación para el desarrollo posterior del análisis de las brechas y la asignación equitativa de los recursos estratégicos del modelo.

El reordenamiento territorial apoya a planificar los servicios de salud con el objetivo de resguardar el acceso y la cobertura de la atención, desde una perspectiva del derecho a la salud y a partir de la comprensión del territorio de manera biocéntrica y holística, formando parte de un ecosistema integrado por múltiples dimensiones biológicas, energéticas, culturales, sociales, políticas, económicas, entre otras. Así, el territorio se entiende como un entramado sistémico, dinámico, complejo y multidimensional, que tiene implicaciones para la organización de la atención y las formas de enfermar y morir de la población. Esto contrasta con la visión de un ordenamiento que entiende el territorio únicamente como una localización de comunidades adscritas a una RAS.

Cuadro 10

Bases para el ordenamiento territorial de la RASI

Políticas	Geografía y clima	Vías de comunicación	Sociolingüísticas	Distribución	Determinantes, condicionantes y Riesgos
Organización propia	Características del terreno	Vías de acceso	Organización por comunidad lingüística	Densidad poblacional (dispersión)	Población en riesgo (individuos, familias y comunidades)
	Clima	Tiempo de traslado		Relación con otras colectividades	
Historia sociopolítica	Variables estacionales	Medios de transporte disponibles			Perfil socio-epidemiológico.
	Vulnerabilidad climática			Características habitacionales propias	
Población					

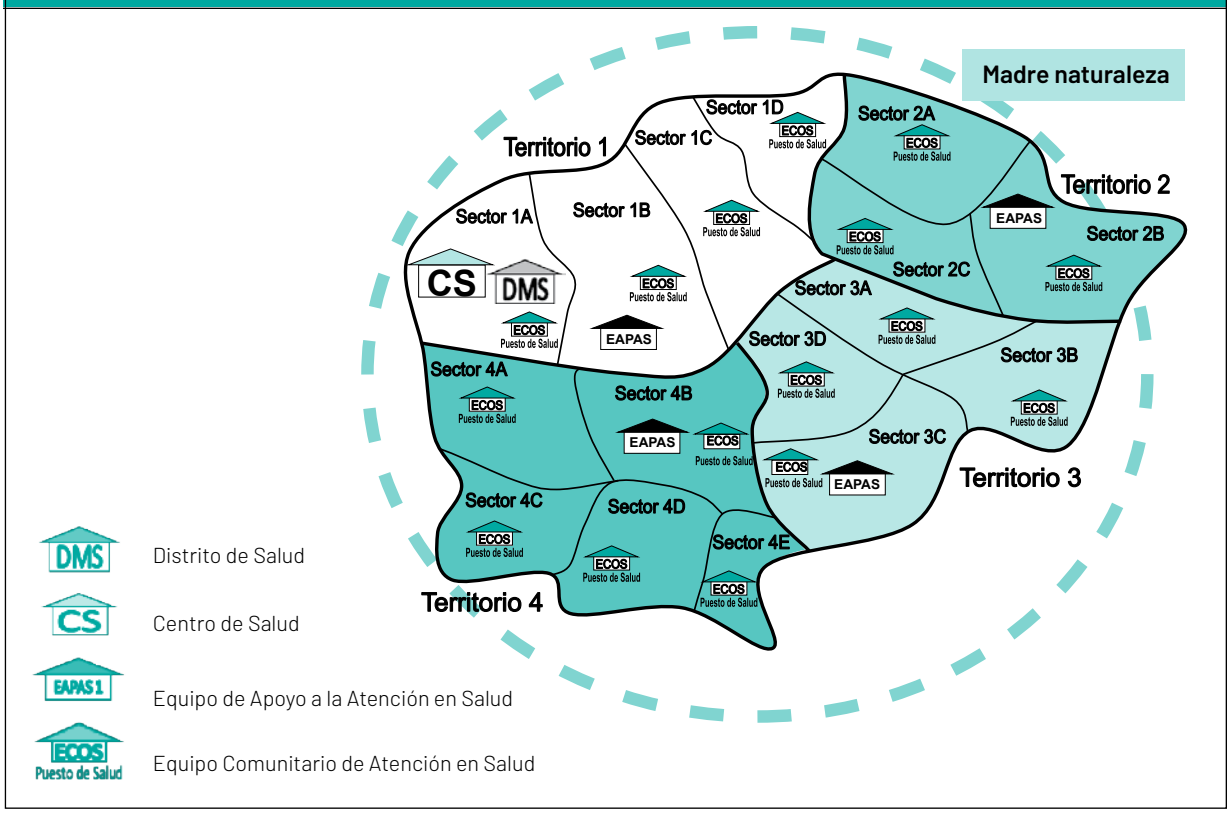
Fuente: elaboración propia.

El reordenamiento territorial debe realizarse con la participación de actores y organizaciones comunitarias, autoridades locales, los equipos de puestos y distritos de salud, entre otros, atendiendo a los criterios definidos en el cuadro 10. Se debe tomar en consideración análisis de situación de salud, mapas de ubicación geográfica de servicios que identifiquen distancias y mecanismos de transporte disponibles en la comunidad, entre otros. A partir de esto, se definen sectores y territorios, para constituir redes locales dentro de un Distrito Municipal de Salud (DMS). Un aspecto fundamental es que esta definición no necesariamente debe condicionarse por la configuración actual de los DMS, la cual puede modificarse posteriormente. En algunos casos comunidades pueden quedar dentro de sectores y territorios diferentes al DMS del cual forman parte en la actualidad. La toma de decisiones conjunta sobre cómo definir el reordenamiento territorial y la reorganización de la red de atención entre el MSPAS y los actores, organizaciones y autoridades locales, resulta determinante.

- **Sector**: se refiere a un espacio geográfico y a la unidad mínima de planificación sanitaria del modelo, conformado por una o más comunidades de acuerdo con mecanismos de consenso para su conformación y criterios del Cuadro 10. Estos últimos son considerados para calcular la carga laboral de los equipos de salud, cuyo objetivo es garantizar la operativización de los programas de atención y la vigilancia sociocultural con equidad para todos (individuos, familias y comunidades). En la práctica, la mayoría de los sectores poseen en promedio una población adscrita de 2,500 habitantes. A cada sector se destina un puesto de salud y un equipo comunitario de salud (ECOS), integrado por dos o más auxiliares de enfermería comunitaria, según carga laboral (ver figura 9).

Figura 9

Un DMS con una única red de atención en salud institucional local



Fuente: elaboración propia.

- **Territorio**: se refiere al espacio geográfico y de planificación sanitaria conformado por uno o más sectores (máximo seis). Se establece acorde a los criterios del cuadro 10, a modo que los equipos de salud adscritos al mismo puedan abarcar todo el territorio en la ejecución de los programas del modelo. Generalmente, poseen una población promedio de 10,000 habitantes. Cada territorio es cubierto por sus ECOS y por un equipo de apoyo a la atención en salud (EAPAS), cuya sede debe estar ubicada dentro del territorio. Estos equipos están adscritos a su red local.

- **Red local**: Considerando las variables antes mencionadas, una red local consiste en la agrupación de territorios, que se define como la unidad de planificación y atención base de las redes distritales. Esta red, en promedio, está conformada por seis territorios y cuenta con una población aproximada de 50,000 habitantes. A estos están adscritos todos los equipos de salud antes mencionados, adicionalmente de aquellos adscritos a la gestión de la atención de la red. Posee un centro de salud. La mayoría de los DMS cuentan con una o dos redes locales de atención[3].

Una o más redes locales, dependiendo de una serie de variables o categorías sociolinguísticas, pueden conformar una red distrital (DMS), las cuales pueden variar de tamaño y agruparse en redes interdistritales. Todas estas forman parte de una red de atención de área de salud.

3 Una red local servirá de base para la planificación territorial y la presencia de servicios como una base de lógica incremental. Esta conformación no debe confundirse con las unidades de análisis epidemiológico (comunidades y familias).

Tabla 4

Reordenamiento territorial por área de salud (2017)

AS	Sectores	Territorios	Comunidades	Población	Familia	Viviendas
Alta Verapaz	167	670	2,276	1,270,440	253,281	213,277
Chiquimula	53	227	979	416,531	78,771	76,208
Huehuetenango	158	617	1,943	1,321,796	268,311	237,061
Ixcán	12	47	177	96,062	18,361	18,151
Ixil	23	108	221	151,486	28,463	27,757
Quiché	94	346	1,063	715,027	140,970	134,260
San Marcos	146	600	1,580	1,114,741	210,461	199,724
Sololá	62	171	498	488,440	90,710	76,530
Totonicapán	65	237	446	541,061	92,854	68,654
09 AS	**780**	**3,023**	**9,183**	**6,115,584**	**1,182,182**	**1,051,622**
Baja Verapaz	35	164	627	301249	62948	59475
Chimaltenango	72	262	679	704889	139885	130190
Izabal	50	177	820	463805	93262	95090
Jalapa	39	141	398	342896	68045	68327
Petén norte	23	88	228	168587	30344	30850
Petén suroccidente	16	66	302	194369	30831	26257
Petén suroriente	28	76	413	163611	32216	31668
Quetzaltenango	98	401	920	903538	159275	162986
Retalhuleu	37	162	603	340082	70139	68004
Suchitepéquez	60	243	866	574403	109258	95900
10 AS I	**458**	**1,780**	**5,856**	**4,157,429**	**796,203**	**768,747**
El Progreso	20	76	339	175,293	35,676	36,951
Escuintla	76	252	1,217	768,142	144,283	140,793
Guatemala central	96	333	544	994,077	200,221	199,897
Guatemala noroccidente	100	314	2,495	837,726	157,283	146,728
Guatemala nororiente	54	160	316	519,726	102,329	88,167
Guatemala sur	114	380	661	1,028,680	205,593	119,481
Jutiapa	58	221	969	475,369	101,813	84,829
Sacatepéquez	40	139	273	343,524	68,661	58,498
Santa Rosa	52	177	784	401,500	84,311	74,248
Zacapa	27	110	527	247,478	62,598	51,606
10 AS II	**637**	**2,162**	**8,125**	**5,791,515**	**1,162,768**	**1,001,198**
Total	**1,875**	**6,965**	**23,164**	**16,064,528**	**3,141,153**	**2,821,567**

Fuente: MSPAS (2017b).

b. Gestión de atención y regulación en salud

En este macroproceso, el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, desarrolla acciones de inducción y capacitación sobre el modelo y redes de atención a equipos del nivel central del MSPAS y equipos de DAS. En estos últimos, el contenido de la inducción y capacitación es más completo, dirigido a aspectos metodológicos, operativos e instrumentales para la implementación del modelo y las redes de atención. Estas capacitaciones se desarrollan sobre la nueva organización en redes de la atención y sus ciclos de implementación dentro de una modalidad de atención que se garantiza sea brindada con calidad. Se desarrolla además las perspectivas y atributos de la RASI a través de talleres sobre el derecho a la salud, la equidad de género, la pertinencia intercultural y la armonía con el ambiente o Madre Naturaleza. Estas perspectivas están integradas al funcionamiento de la atención y de las redes, cobra relevancia la articulación con las redes ancestrales o populares de salud.

c. Gestión y soporte

En el caso de este macroproceso, el proceso de gestión de la información desarrolla una serie de capacitaciones para la construcción de competencias de los equipos centrales, lo cual incluye la identificación de brecha de personal en los equipos de trabajo y una inmersión al SIMIS según especialización de cada equipo. Además, se preparan y realizan las rutas de las visitas de reconocimientos e identificación de brechas en territorio para la eventual instalación de la infraestructura del sistema de información (especificaciones técnicas del espacio, energía eléctrica, cableado estructurado, extensiones, conexiones), lo que incluye además el desarrollo y entrega de lineamientos a las DAS para la identificación de espacios físicos (al menos tres propuestas por cada DMS) donde serán ubicadas las oficinas de los Asistentes de Información de los Equipos de Atención en Salud (EAPAS), el desarrollo de los lineamientos para la identificación de brechas de recurso humano especializado responsable del manejo de información en DMS y DAS, y la elaboración del documento de estimaciones de insumos de la infraestructura de la red del sistema de información en los DMS. Esto estará acompañado en los DMS por personal de Implementación Capacitación y Asistencia Técnica (ICAT) del nivel central.

En el caso del proceso de gestión del recurso humano, se necesita iniciar a preparar modificaciones a reglamentos y acuerdos gubernativos que dan viabilidad a actividades estrategias, entre estos:

Cuadro 11

Instrumentos normativos propuestos a modificarse para fortalecer la gestión y soporte

Instrumento	Modificación
Acuerdo Gubernativo 175-2015, Reformas al Acuerdo Gubernativo No. 194-86, Reglamento de otras becas a particulares en los servicios médico-hospitalarios nacionales.	1. Elevar el número de becas a las escuelas de enfermería. 2. Estandarizar los montos de las becas con base en la realidad económica nacional. 3. Incrementar el tiempo estipulado de formación. 4. Incluir el curso de formación de auxiliares de enfermería familiar y comunitaria.

Fuente: elaboración propia.

d. Gestión de la calidad

En el caso de este macroproceso, el proceso de planificación y organización incluye la definición de los objetivos, metas, indicadores, actividades de evaluación y resultados de medición y control de todos los instrumentos de política y planificación (POI, PEI, PET, POA y POM). Su subproceso de medición y control desarrolla a su vez la planificación de una ruta crítica de implementación y su tablero de indicadores a partir de los cuales se mide y controla todos los procesos de implementación de la RASI. El control incluye el establecimiento previo de escenarios de contingencias ante cualquier desviación en los planes.

2. Ciclo de reorganización administrativa

a. Rectoría estratégica y gobernanza democrática

En este ciclo se desarrolla y ejecutan las propuestas de reprogramación del presupuesto acorde a las brechas identificadas en el Ciclo preparatorio, con el objetivo de preparar los recursos de implementación del año en curso. Esto es particularmente importante en el primer año para viabilizar la implementación del modelo y la RASI en el primer grupo de nueve áreas de salud, dado que se inicia el año fiscal en curso con una programación ajena al plan maestro. Este esfuerzo se sustenta en la presunción que dentro de la institución existen posibilidades de reorganizar y maximizar el uso de los recursos para mejorar la atención de salud a la población desde las redes locales de atención.

En este ciclo también se formula la planificación operativa anual y el presupuesto multianual como insumos de planificación de los recursos estratégicos para los años siguientes. Aunque estos esfuerzos ya son permanentes en la institución, la inclusión de la dimensión estratégica y del horizonte multianual en los esfuerzos de planificación requerirán desde el primer año de implementación un largo y lento proceso de formación de competencias y desarrollo de una institucionalidad (incluyendo subsistemas informáticos de planificación) que vayan posibilitando la gestión de la planificación operativa, integrada a la estratégica de forma coherente, estable y consistente en el tiempo. Esto, además, requerirá el fortalecimiento incremental de las competencias por planificar a partir de la identificación de brechas al más alto detalle posible y según las delimitaciones más específicas de planificación territorial: por sectores, territorios, redes locales y distritos.

En este ciclo y en este macroproceso, se inicia además el fortalecimiento de los procesos de rendición de cuentas, particularmente el subproceso de gestión de la transparencia, con los avances en la gestión de datos abiertos de salud desde el desarrollo de plataformas con sociedad civil para lo mismo (por ejemplo, la Plataforma de Gobierno Abierto o los Observatorios de Gasto en Salud) y en el acceso mejorado, continuo y sistemático a la información pública de los planes de implementación, gestiones de compras, contrataciones y cualquier otras información del proceso de implementación o la institución.

b. Gestión de atención y regulación en salud

En este macroproceso, el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, desarrolla en este ciclo los lineamientos estratégicos y administrativos de reorganización del personal según las nuevas directrices planteadas por el modelo incluyente y las redes de atención en salud. Las DAS desarrollan un análisis de su recurso humano, tomando en cuenta todos los perfiles planteados para implementar el modelo,

entre estos, los equipos comunitarios de salud (ECOS) y los equipos de apoyo de salud (EAPAS), entre otros.

En este macroproceso se definen las especificaciones técnicas de las bases de las compras y contrataciones a realizarse. Se emiten dictámenes técnicos por el nivel central, sobre tales especificaciones. Eso apoya al macroproceso de GESE y sus procesos relacionados.

c. Gestión y soporte

Este ciclo inicia en este macroproceso con la reorganización y movimiento del personal a todo nivel administrativo del MSPAS, particularmente en las DAS y DMS, según las nuevas directrices planteadas por la estrategia de redes de atención y el modelo incluyente de salud. Esto se complementa por una asignación ampliada de funciones a dicho personal, que les integra a las necesidades de gestión del modelo y su estrategia programática.

Este macroproceso apoya además a la (en)programación de los recursos y del presupuesto a través de la planificación (concentrada) anual de las compras y contrataciones y la conformación de los expedientes de bases (según las modalidades de adquisición) del personal a contratar[4], su equipamiento, el equipamiento del sistema de información, los insumos de papelería y útiles, formas y carpetas metodológicas para la implementación del modelo, los vehículos, las medicinas y los insumos médicos quirúrgicos y otros afines, entre otros. Esto último incluye la gestión de las especificaciones técnicas, dictámenes jurídicos, técnicos y financieros, y el ingreso de las bases al sistema de Guatecompras para dar por iniciado el proceso de compras.

Este ciclo gestiona además la formulación del anteproyecto de presupuesto como requisito para la aprobación del presupuesto ante el Ministerio de Finanzas Públicas y el Congreso de la República y su eventual ejecución. Una vez aprobado el presupuesto o su reprogramación, este macroproceso incluye la ejecución de los procesos compras y contrataciones para el cierre de brecha de las redes de atención. En lo relativo al recurso humano, esto incluye las actividades de reclutamiento, selección y contratación que ordenan todas las actividades de publicación y divulgación del proceso de reclutamiento (apoyándose por las oficinas de empleo municipal), las entrevistas en campo, la revisión y evaluación de las aplicaciones, la selección del personal según competencias, la creación de los archivos de contratación y actualización en el sistema y la eventual contratación e inducción del personal; en lo relativo a los medicamentos, equipo médico e insumos afines, incluye la selección, la adquisición, la distribución y el almacenamiento; en lo relativo a la gestión de vehículos incluye el inicio de los procesos de reparación, mantenimiento, adquisición de vehículos nuevos, pago de seguros, distribución de gasolina e incluso, la planificación y ejecución de las rutas logísticas (de distribución de farmacéuticos y equipo médico, de traslado electivo de personas, de urgencias y emergencias, del manejo de residuos, entre otros). Finalmente, en lo relativo a la gestión de la información, esto incluye el equipamiento de

4 Como se menciona en la sección de macroprocesos, en los perfiles del personal, en una primera etapa el personal será contratado bajo renglones 029, habilitados y aprobados para lo mismo por la ley, a medida que en una segunda etapa se realizan esfuerzos por reformar la regulación del servicio civil y la carrera administrativa dentro de la institución y se crean espacios presupuestarios para regularizar y formalizar la contratación del personal.

toda la infraestructura del sistema de información y el desarrollo de las rutas de instalación para lo mismo, así como la habilitación, inducción y capacitación (previa, durante y luego de la instalación) de los equipos de coordinación y de apoyo de gestión de la información en los DMS. Con ello se da inicio a la configuración de la red de servicios del sistema de información, cuyo primer insumo es el producto de la matriz de reordenamiento territorial de los Distritos. Con esto se da por iniciada los procesos de digitalización en el SIMIS que en un primer momento de transición se ejecutará a través del método paralelo (registros en el SIMIS y en SIGSA WEB) hasta que se complete la digitalización de la información descritas a continuación:

Cuadro 12

Requisitos de información para la implementación de la RASI

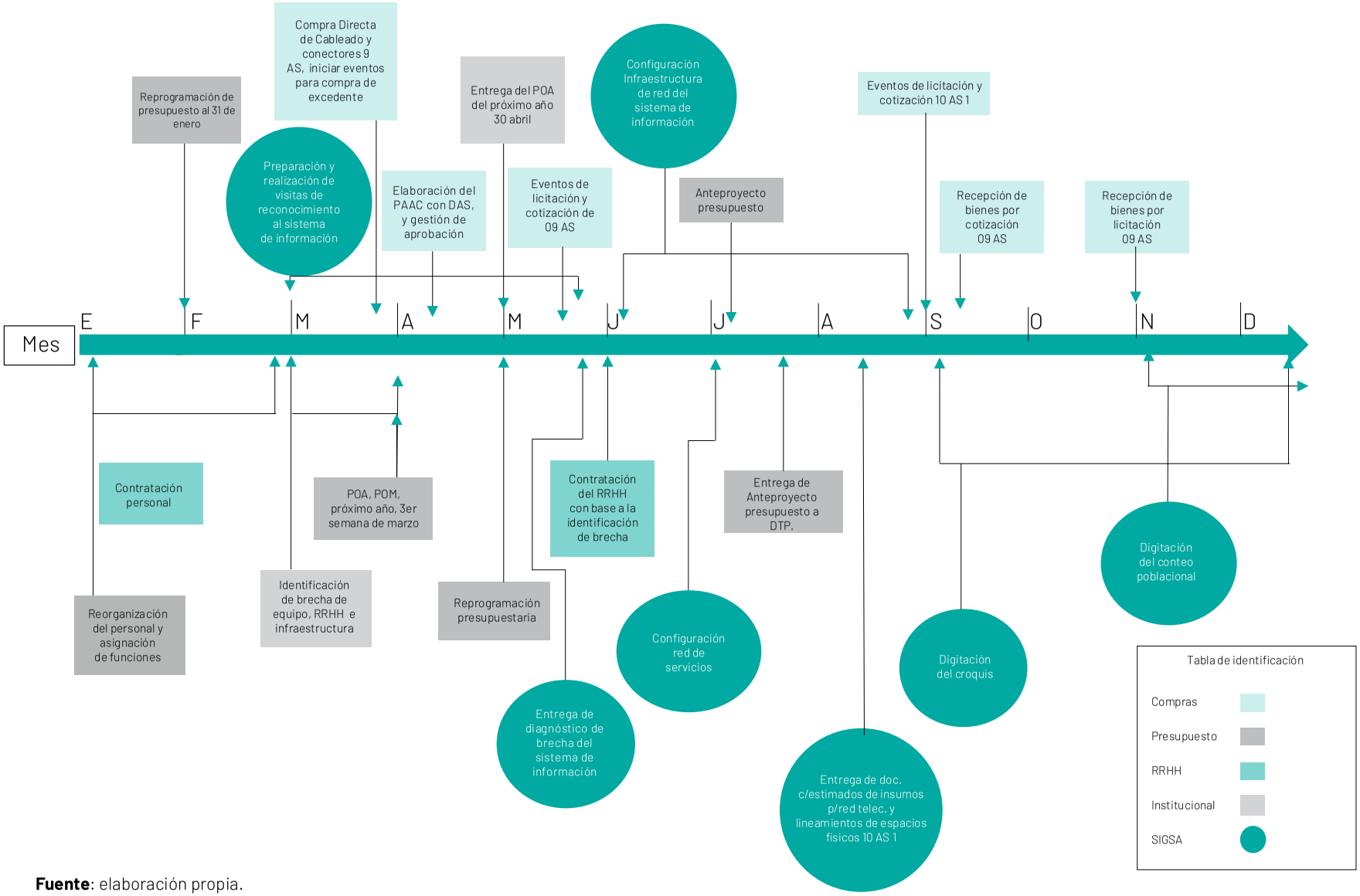
Nombre	Provisión de la información	Digitalización
Matriz de red de servicios y personal de salud	UPE	SIGSA central
Croquis	Equipo coordinador de implementación de la RASI	EAPAS asistentes de información
Censo	Equipo coordinador de implementación de la RAS	EAPAS asistentes de información

Fuente: elaboración propia.

A partir de estos pasos se podrá iniciar el ingreso de información de ficha clínica, cuaderno del niño y la niña, otros servicios y cuaderno de la MEF, lo cual provee la información necesaria para la generación de los informes del registro diario de consulta, vigilancia semanal, vacunación, suplementación y monitoreo de crecimiento. Toda vez se inicia el ingreso de estos instrumentos se suspende el ingreso en el SIGSA WEB. La transferencia de información a los niveles superiores se realizará a través de una interface, la cual deberá ser utilizada al menos una vez por semana.

Figura 10

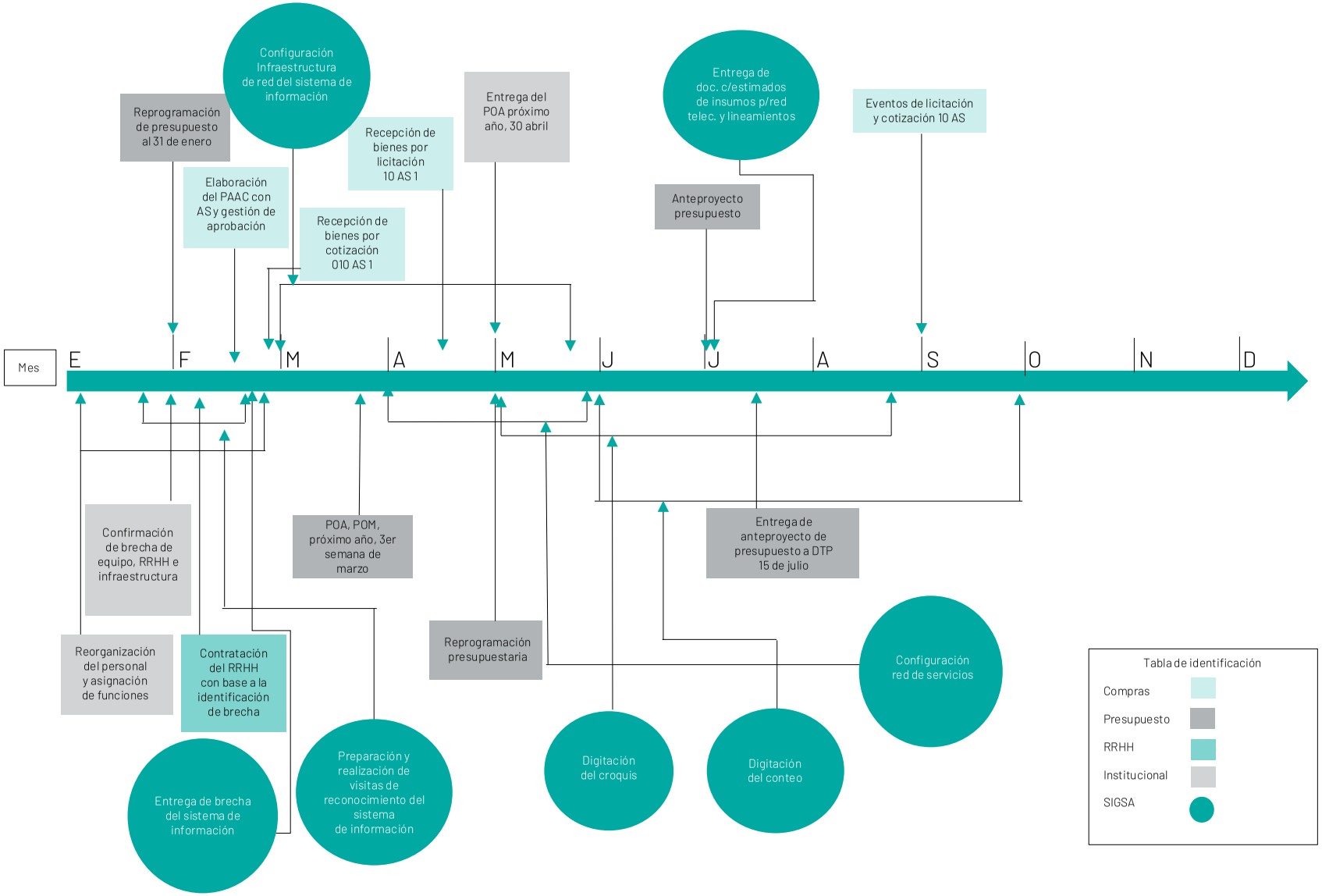
Cronología de los procesos de gestión y soporte en la implementación de la RASI (año 1)



Fuente: elaboración propia.

Figura 11

Cronología de los procesos de gestión y soporte en la implementación de la RASI (año 2)



Fuente: elaboración propia.

d. Gestión de la calidad

En el caso de este macroproceso, su subproceso de medición y control ejecuta las acciones preventivas (u oportunas) de los escenarios previamente construidos de contingencias ante cualquier desviación en los planes de implementación, particularmente alrededor de los macroprocesos de rectoría y gobernanza y de gestión y soporte. Esto para garantizar que la reorganización administrativa alcance sus objetivos de eficacia y eficiencia y garantice la reubicación oportuna de los recursos estratégicos del sistema para la implementación de la RASI.

Se ejecutan además los planes de desarrollo para el fortalecimiento de los procesos y competencias del subproceso de mejoramiento continuo, particularmente para los macroprocesos de rectoría y gobernanza y gestión y soporte.

3. Ciclo de creación de condiciones

a. Rectoría estratégica y gobernanza democrática

En este ciclo, las Coordinaciones Distritales de Salud y las DAS, inician el proceso de presentación oficial y pública del Plan Estratégico Territorial y del Plan Operativo Multianual de la implementación del modelo, las redes locales y distritales de atención institucional, a todas las organizaciones de los componentes de la RAS. Particularmente se establecen mecanismos dentro de la implementación del modelo y las redes locales, para trasladar información y coordinar con la ciudadanía, autoridades municipales y departamentales (incluyendo los diferentes niveles departamentales (Unidades Técnicas -UTD-), municipales y locales del Sistema Nacional de Consejo de Desarrollo Urbano y Rural -SISCODE-), autoridades ancestrales, organizaciones de sociedad civil y otras instituciones públicas.

Se identifican e inician coordinaciones con los componentes de la RAS, para el desarrollo de las redes desde lo distrital a lo departamental. Esto incluye la definición del listado geográfico de obras de los años consiguientes, en el marco de una coordinación conjunta de la inversión en infraestructura en salud entre el MSPAS, las municipalidades, el SISCODE y otras organizaciones privadas o públicas, acorde al reordenamiento territorial y reorganización de la atención.

También se activa en el proceso de comunicación estratégica, el subproceso de información y divulgación, partiendo de la campaña definida que abarca como población meta a los trabajadores/as del MSPAS y la población en general, organizaciones e instituciones públicas y privadas, desde lo local a lo nacional. Se utilizarán varios formatos y medios de comunicación oficial sobre el plan maestro en marcha.

En lo que corresponde al proceso de rendición de cuentas, el traslado de información sobre la implementación del modelo y las redes locales, así como el establecimiento de mecanismos de recepción y dialogo de la fiscalización social, serán muy importantes para generar confianza y legitimidad del plan maestro. La apertura conjunta, entre institución y poblaciones locales, de buzones de recepción de denuncias por punto de atención, será un paso crucial para la fiscalización social.

b. Gestión de atención y regulación en salud

En este ciclo, el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente, desarrolla el acercamiento y negociación comunitaria, la implementación del croquis, conteo poblacional, ficha comunitaria y líneas basal (la actualización del conteo poblacional se realiza cada año). Se realizan capacitaciones sobre estos temas y de manera inmediata se continua con su puesta en práctica. El acercamiento y negociación comuni-

taria consiste en la presentación del modelo y la estrategia de redes de atención a los diferentes componentes de la RAS, población en general, entre otros. Es una táctica operativa que se mantiene en el tiempo con el fin de alcanzar las coordinaciones, negociaciones y colaboraciones con los diferentes componentes de la RAS. A través de ella, los equipos de DAS, DMS y de gestión de la atención y vigilancia, negocian cambios y adaptaciones al contexto específico que se trate en diferentes aspectos relacionados con la organización y funcionamiento del modelo y las redes de atención. Se alcanzan acuerdos de coordinación y apoyo que estimulan la intersectorialidad, la participación social y la RAS en general, desde la implementación. Para lo mismo, se desarrollan algunas de las siguientes actividades:

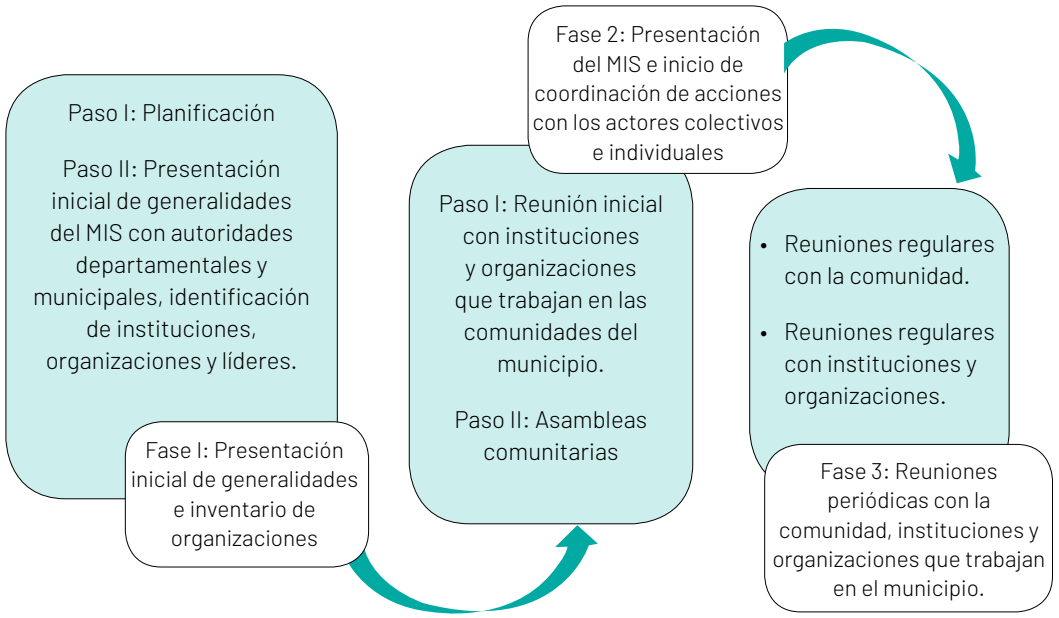
a. Presentación inicial de las generalidades del modelo y de la estrategia de redes de atención y se realiza el inventario de organizaciones presentes en lo local, municipal y departamental.

b. Inicio de coordinaciones de acciones con actores colectivos e individuales en lo local, municipal y departamental.

c. Reuniones periódicas con la comunidad, instituciones y organizaciones locales, municipales y departamentales.

Figura 12

Pasos y fases de implementación del acercamiento y negociación comunitaria



Fuente: elaboración propia.

Una vez realizado, en un primer momento, el acercamiento y negociación comunitaria, se continúa con la elaboración de los croquis y el conteo poblacional de cada comunidad adscrita a los sectores, territorios y la red local en su totalidad (ver macroproceso de gestión y soporte).

De igual manera, al lograrse la ejecución de compras y contrataciones en el macroproceso de gestión y soporte, se garantizan las acciones de organizar, la atención y vigilancia en salud por parte del nuevo personal contratado. Se habilitan y equipan los nuevos servicios, además de equipar los servicios antiguos en proceso de fortalecimiento. Se da mantenimiento y se compran nuevos vehículos, organizándolos para el funcionamiento de la red de atención.

En este ciclo también se inicia la capacitación continua dirigida a todo el personal, en especial ECOS y EAPAS, con el fin de mantener la calidad de los procesos emprendidos e incluir progresivamente otros, de acuerdo a los ciclos de implementación del plan maestro y a la puesta en marcha de los tres programas de atención.

c. Gestión y soporte

En este ciclo se desarrolla primordialmente desde el proceso de gestión de la información y el de gestión del talento humano, a medida que los otros de soporte se desarrollan continuamente en el ciclo de reorganización administrativa.

El proceso de gestión de la información, por su parte, desarrolla la inducción, capacitación e implementación de la digitalización de croquis, conteo poblacional y línea basal, como actividades paralelas a la implementación de la táctica operativa del acercamiento y negociación comunitaria propia del programa comunitario de salud (PCOS). Se incluye, además, la devolución de información a todas las comunidades con las que ha iniciado el PCOS.

En ese ciclo se logra la identificación de personas y familias a través de un código único georeferencial generado automáticamente para cada persona. Al momento de digitar las fichas de conteo poblacional el código es asignado a cada individuo como parte de un núcleo familiar, que habita una vivienda en un espacio geográfico denominado comunidad, la cual a su vez está adscrita a un sector, a un territorio, a una red local de atención y a un DMS. La identificación de las personas registradas en la base de datos permitirá caracterizar el estado de la población; su tamaño, composición y distribución, así como la dinámica de natalidad, mortalidad y migración, entre otras.

En este ciclo se registran además los antecedentes individuales que conforman el expediente clínico, incluyendo la información sobre esquemas de vacunación, lactancia y morbilidad de niños(as) menores de 6 años, consultas a los servicios de salud por hombres mayores de 10 años, información relacionada con embarazos, planificación familia, información sobre hábitos alimenticios de la familia, reconocimiento de signos de peligro y defunciones ocurridas en el último año dentro de la familia. También se gestiona la provisión de información a través de la generación de reportes, consolidados de información demográfica, condición de vida y antecedentes individuales, para uso en los servicios y devolución a la comunidad.

Por último, este ciclo incluye, en el proceso de gestión del talento humano, en el subproceso de desarrollo del talento humano, todo el apoyo al desarrollo de los talleres de implementación que el proceso de atención y vigilancia en salud realiza para la implementación de la táctica operativa de acercamiento y negociación comunitaria y las capacitaciones antes, durante y posterior relativas a la implementación del croquis, conteo poblacional, línea basal y ficha

clínica. Así más, se implementa en este ciclo el fortalecimiento de las Escuelas Nacionales de Enfermería (ENE) y la habilitación de nuevas sedes de extensión (tres por ENE) para el incremento de las capacidades de formación del sistema de salud, que aumentaría la capacidad de formación de nuevas auxiliares de enfermería (con enfoque en salud familiar y comunitaria) de cuatrocientas a mil cuatrocientas por año, para el cierre de brechas en el proceso de habilitación de nuevos servicios.

4. Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud

a. Rectoría estratégica y gobernanza democrática

Este macroproceso contribuye en la conducción de política y de procesos de planificación que son el marco para que el ATOL se vaya desarrollando por los equipos de redes locales y distritales. Igualmente, el trabajo de coordinación general en el marco de la RAS hace sinergia con el trabajo que se realiza por parte del programa comunitario en salud (PCOS). El proceso de rendición de cuentas y la comunicación estratégica continúan según su planificación. Se desarrollan proceso de monitoreo sobre los avances del plan de implementación o plan maestro, particularmente referido a aspectos propios del plan, la ejecución presupuestaria, metas físicas y producción de la atención.

b. Gestión de atención y regulación en salud

En este ciclo y en este macroproceso, el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente inicia desde los primeros meses de implementación con la ejecución de tácticas operativas priorizadas del Programa Individual de Atención en Salud (PIAS). Se inicia la utilización de ficha clínica en la atención individual, la cual recaba datos de toda persona que la demande. En la medida que el SIMIS entre en funcionamiento, se puede realizar la generación y análisis de la información, lo que favorece a las actividades de vigilancia semanal y sala situacional, como el monitoreo de tácticas operativas para el seguimiento de indicadores y logro de metas. A partir de lo cual se toman decisiones y se planifican las actividades a lo largo del año y de manera mensual.

Se hace necesario capacitar a los equipos en:

- Atención integral continua a demanda en puesto de salud (todos los ciclos de vida).
- Fortalecimiento de la Integralidad de la consulta mediante hojas guía.
- Atención preventiva intra y extramuros a grupos prioritarios (embarazo, puerperio, recién nacidos, mujeres en edad fértil, menor de 5 años, MEF y otros).
- Seguimiento intra y extramuros de casos especiales (crónicos, tuberculosis, hechizo, desnutrición, neumonía, otros).
- Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas en noveno mes, puérperas y RN).
- Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contrarreferencias, entre otros).

Además de la capacitación en las tácticas operativas del modelo y de la red, desde el inicio del plan de implementación, se contempla el reforzamiento de los protocolos y las normas de atención, incluyendo el AIEPI, dirigido a todo el personal sanitario de los DMS y DAS. El objetivo es de mejorar de forma sistemática la calidad de la atención, avanzando hacia a la integralidad de esta. Igualmente, la capacitación continua, busca garantizar competencias integrales para la

atención, elevando el nivel resolutivo y la calidad de la atención.

En este ciclo también se desarrolla el subproceso de gestión de la atención y vigilancia, iniciando con la introducción y uso de la ATOL como instrumento de apoyo a la planificación anual de actividades, tiempos y personal responsable de la implementación del plan, a lo largo de los años.

En la medida que se avanza en la implementación, se va fortaleciendo e introduciendo nuevas tácticas operativas del PIAS y se desarrollan los análisis de situación de salud (institucional y comunitaria). Se desarrollan las actividades de interprogramáticas donde se integra el análisis del desempeño de competencias del personal, con las evaluaciones de cada uno de los tres programas, acorde a las guías e instrumentos desarrolladas por el modelo.

En el marco de los años de implementación, este ciclo fortalece las tácticas del programa individual y del programa comunitario, desde el primer año de implementación, pero es hasta el segundo año que se inicia el desarrollo del Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS), particularmente con la implementación de la táctica operativa de la Visita Familiar Integral (VFI) y la caracterización y clasificación de las familias según grupos de riesgos, los cuales son abordados aplicando guías y hojas de ruta específicas según corresponda. Esta planificación en el segundo año de implementación (para cada grupo de DAS), obedece a que es entonces cuando se cuenta con la información necesaria para el desarrollo de las visitas familiares integrales y con sus respectivas fichas familiares. Durante el segundo y tercer año (correspondiente a cada grupo de DAS, en la ruta de implementación), se consolida la ejecución de las tácticas operativas de los tres programas y concluye el proceso de capacitación-implementación del plan, el cual se transforma en un proceso de capacitación permanente, basado en la supervisión de competencias realizado a los ECOS, por parte de los equipos de apoyo en salud (EAPAS), mediante guías específicas que permiten identificar necesidades de reforzamiento y/o formación en todo el desarrollo del modelo de atención.

El ciclo de gestión de la atención y vigilancia, se completa finalmente, desarrollando las actividades de planificación táctica y operativa (mensual y anual), la organización de los equipos polifuncionales, la ejecución de las tácticas operativas y el proceso de monitoreo y evaluación permanentes mediante los cuales se lleva a cabo la vigilancia sociocultural de la salud, utilizando como herramienta el sistema de información, que de igual manera ya se encuentra en pleno funcionamiento, generando los reportes necesarios para la toma de decisiones y el ajuste de la planificación y ejecución de actividades de los tres programas y su vinculación con el resto de la red.

Cuadro 13

Talleres de capacitación-implementación del MIS y la RASI

Programa	Contenido	Talleres de implementación
Programa Comunitario de Salud (PCOS)	Acercamiento y negociación comunitaria	Gestión y generalidades del MIS y RASI
	Croquis	PCOS parte I - croquis y conteo poblacional
	Conteo poblacional	
	Ficha comunitaria	
	Línea basal	PCOS parte II - línea basal
	Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios: Organización, Gestión e intersectorialidad	PCOS parte III
	Relacionamiento y coordinación con otros/as líderes formales e informales (acercamiento y negociación comunitario)	
	Planes de Emergencia comunitarios en comunidades priorizadas (COPECS-COLREDS)	
	Agua, saneamiento ambiental y zoonosis.	
	Atención interprogramática en comunidades de difícil acceso	
	Actualización del conteo poblacional	PCOS parte IV - actualización del conteo poblacional
	Intercambio con terapeutas mayas y terapeutas populares y abuelas comadronas	PCOS parte V
	Huertos demostrativos de plantas medicinales	
Programa Individual de Salud (PIAS)	Normas de atención	Fortalecimiento de la atención integral
	AIEPI	
	Atención integral en consulta a demanda en los PS	PIAS
	Atención preventiva intramuros y extramuros a grupos prioritarios	
	Fortalecimiento de la integralidad de la consulta mediante la aplicación de hojas guía	
	Ingreso de instrumentos al SIMIS: fichas clínicas, cuadernillos, hojas de otros servicios, etc.	
	Vigilancia activa domiciliaria de riesgos (embarazadas de novenos mes, puérperas y recién nacidos).	
	Visitas puntuales (entregas de resultados, curaciones, vacuna pendiente, seguimiento de contrarreferencias, etc.)	
	Investigación del 100% de las muertes (todas las causas y todos los ciclos de vida).	
Programa Familiar de Salud (PFAS)	Visita familiar integral	PFAS parte I
	Visita de seguimiento familiar	
	Visita para el establecimiento del plan de emergencia familiar	
	Trabajo con organizaciones comunitarias para abordaje de riesgos del medio y otros (promoción de la salud)	PFAS - PCOS
	Trabajo educativo preventivo con jóvenes	
	Visita familiar integral con énfasis en intercambio educativo	PFAS parte III
	Trabajo educativo preventivo con grupos de familias que comparten riesgo	PFAS parte IV
Vigilancia Sociocultural (VSC)	ATOL	Inducción a las generalidades del MIS y RASI
	Vigilancia semanal	VSC parte I
	Sala situacional	
	Monitoreo a tácticas operativas	
	Seguimiento a indicadores	
	Análisis de Situación de Salud (ASIS)	VSC parte II
	Evaluación interprogramática	

Fuente: elaboración propia.

c. Gestión y soporte

En este ciclo, y en este macroproceso, el proceso de gestión del talento humano, enmarca todo el apoyo que se le otorga al proceso de atención y vigilancia en salud en el desarrollo de las capacitaciones de implementación de los programas de atención: el individual, familiar y comunitario y sus tácticas operativas.

Este ciclo incluye, además, el proceso de gestión de la información, con actividades operativas, analíticas y estratégicas que buscan garantizar la calidad, oportunidad, cantidad y relevancia de la información para la implementación del modelo y la RASI. Esto incluye:

1. Capacitación en ingreso/digitalización en SIMIS de instrumentos de los programas comunitario, familiar e individual y su digitalización al SIMIS.
2. Diseño e implementación de ruta para fortalecer procesos clave de flujo de información.
3. Definición de necesidades de información por parte de usuarios internos y externos según cadena de mando para responder de manera eficiente a los requerimientos.
4. El resultado de este ciclo es un Sistema de Información Implementado que permite la identificación de comunidades, familias y personas, así como el registro de atenciones brindadas a los individuos y familias. Permitiendo la ejecución del ciclo de gestión, es decir, que provee insumos para la planificación, control, dirección, organización, coordinación.

d. Gestión de la calidad

En el caso de este macroproceso, se ejecutan las actividades de medición y control continuo de las tácticas operativas de los programas del modelo, así como de las actividades de implementación de estas según el plan maestro propuesto. Esto incluye entre otros, el análisis de las amenazas y vulnerabilidades de la implementación, la evaluación de los resultados de esta y los errores de su ejecución (localización y recurrencia). Se ejecutan además los planes de respuesta a los escenarios de contingencias diseñados particularmente en este ciclo para el proceso de atención y vigilancia, así como la implementación de los planes de desarrollo para el fortalecimiento de los procesos y competencias del subproceso de mejoramiento continuo.

D. Definición territorial de la implementación

El plan maestro se desarrolla de manera progresiva en todo el territorio nacional entre 2020-2025 abarcando de manera secuencial grupos de departamentos (áreas de salud). La priorización territorial se realizó a partir del Análisis de Situación de Salud realizado por el MSPAS en 2016, particularmente a partir del *Índice de riesgo según condiciones de salud* que evalúa la probabilidad de morir de la población según determinantes sociodemográficos, morbilidad, mortalidad y respuesta de salud (MSPAS, 2016)[5].

5 Este índice utiliza los siguientes indicadores: porcentaje de población menor de 5 años, la cobertura de parto institucional, razón de médicos por 10,000 habitantes, índice de desarrollo humano, cobertura de agua, porcentaje de población indígena, pobreza, desnutrición crónica, mortalidad materna y mortalidad de la niñez.

Tabla 5

Índice de riesgo según condiciones de salud a nivel departamental (2016)

Departamento	Área de salud	Índice	Estrato**
Sololá	Sololá	80	4
Alta Verapaz	Alta Verapaz	92	4
Quiché	Quiché	92	4
	Ixil		
	Ixcán		
Totonicapán	Totonicapán	92	4
Huehuetenango	Huehuetenango	96	4
San Marcos	San Marcos	78	3
Chiquimula	Chiquimula	75	3
Chimaltenango	Chimaltenango	75	3
Izabal	Izabal	63	3
Quetzaltenango	Quetzaltenango	63	3
Petén	Petén norte	65	3
	Petén suroccidente		
	Petén suroriente		
Baja Verapaz	Baja Verapaz	66	3
Retalhuleu	Retalhuleu	66	3
Suchitepéquez	Suchitepéquez	72	3
Jalapa	Jalapa	74	3
El Progreso	El Progreso	49	2
Jutiapa	Jutiapa	54	2
Santa Rosa	Santa Rosa	57	2
Escuintla	Escuintla	61	2
Guatemala	Guatemala central	29	1
	Guatemala noroccidente		
	Guatemala nororiente		
	Guatemala Sur		
Sacatepéquez	Sacatepéquez	43	1
Zacapa	Zacapa	43	1
Nacional		**66**	**3**

Fuente: MSPAS 2016, con base en cuadro de indicadores trazadores.

Nota: **Valor 1, menor riesgo; valor 4, mayor riesgo.

La implementación se priorizó así en tres grupos de áreas de salud y seis escuelas nacionales de enfermería:

- **09 áreas de salud**: Quiché, Ixil, Ixcán, Totonicapán, Huehuetenango, San Marcos, Sololá, Alta Verapaz y Chiquimula.
- **10 áreas de salud - I:** Izabal, Petén norte, Petén suroriente, Petén sur, Santa Rosa, Baja Verapaz, Jalapa, Suchitepéquez, Retalhuleu, Quetzaltenango.
- **10 áreas de salud - II:** Escuintla, Zacapa, Jutiapa, El Progreso, Sacatepéquez, Chimaltenango, Guatemala norte, Guatemala sur, Guatemala centro, Guatemala occidente.
- **Escuelas Nacionales de Salud:** Escuela Nacional de Cobán, Escuela Nacional de Guatemala, Escuela Nacional del Instituto de Adiestramiento de Personal en Salud, Escuela Nacional de Jutiapa, Escuela Nacional de Mazatenango, Escuela Nacional de Quetzaltenango.
- **Nacional:** Procesos de apoyo llevados a cabo al nivel central para la implementación del plan a todo el territorio nacional.

E. Definición temporal de la implementación

La estrategia de implementación requiere, además, que cada proceso tenga definido los años de inicio e implementación de sus actividades entre 2020-2025. Para ello se muestran el siguiente cronograma:

Cuadro 14

Cronograma global de implementación de la RASI (2020-2025)

AS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Rectoría estratégica y gobernanza democrática						
Nacional						
09 AS						
10 AS I						
10 AS II						
Gestión de atención y regulación en salud						
Nacional						
09 AS						
10 AS I						
10 AS II						
Escuelas						
Gestión y soporte						
09 AS						
10 AS I						
10 AS II						

Fuente: elaboración propia.

La forma escalonada y progresiva que requiere la implementación a nivel nacional, obliga a que las 9 áreas que inician el proceso (primer año) tengan particularidades en el desarrollo de los ciclos, particularmente en su reformulación presupuestaria y temporalidad, a diferencia de los dos grupos de 10 áreas que sucesivamente aplican el modelo en los años siguientes. El paralelismo de los ciclos y sus actividades se debe en principio a que la demanda de atención de parte de la población es requerida de manera permanente y no puede ni debe esperar a tener respuesta. Por lo cual se hace necesario que, desde el inicio, se lleven a cabo actividades formativas en el personal, para el inmediato y progresivo mejoramiento de la calidad en la prestación de la atención, procesos de sensibilización que favorecen llevar a la práctica desde los inicios de la implementación, la concreción de las perspectivas que sustentan el Modelo, así como una atención integral que incluya a todos los ciclos de la vida y todos los problemas de salud que lo requieran.

F. Ruta integrada de implementación

Esta sección desagrega y organiza los macroprocesos en sus procesos, subprocesos y actividades acorde a los ciclos, los territorios priorizados y los años de implementación.

Cuadro 15

Ciclo preparatorio: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales de Enfermería y nivel nacional (2020-2025)

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo preparatorio	Rectoría estratégica y gobernanza democrática	Formulación y conducción	Formulación de políticas	Formulación de la Política Institucional de Salud (POI)																													
			Conducción política	Conducción de la Política Institucional de Salud (POI)																													
		Planificación	Planificación estratégica territorial	Desarrollo de Plan Estratégico Institucional (PEI)																													
				Desarrollo de Plan Estratégico Territorial (PET)																													
				Inducción al Modelo Incluyente de Salud																													
				Reordenamiento y organización territorial																													
			Planificación operativa y programación	Formulación (análisis de brechas).																													
	Atención y regulación en salud	Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Gestión de la atención y vigilancia en salud	Planificación																													
				Organización																													
				Conducción																													
				Ejecución																													
				Monitoreo y evaluación																													

Continúa...

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo preparatorio	Gestión y soporte	Gestión de la información	Análisis, diseño y desarrollo	Curso de Java avanzado																													
				Curso de Java y frameworks																													
				Formación a SIGSA																													
			Desarrollo de bases de datos	Capacitación en base de datos del SIMIS																													
			Diseño e integración de soluciones de información	Capacitación en base de datos del SIMIS																													
				Capacitación en identif. de necesidades de información para difusión																													
			Infraestructura de la información	Capacitación en configuración de MV																													
				Capacitación para seguimiento a sincronización semanal de información																													
				Capacitación a ICAT sobre visitas de reconocimiento																													
				Revisión y ajuste de rutas para visitas de reconocimiento																													
				Rutas de visitas de reconocimiento																													

Fuente: elaboración propia con datos del Instituto de Salud incluyente. Nota: N/ Nacional; E/ Escuelas Nacionales de Enfermería; A/ 09 AS; B/ 10 AS I; C/ 10 AS II.

Cuadro 16

Ciclo de reorganización administrativa: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales de Enfermería y nivel nacional (2020-2025)

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo de reorganización administrativa	Rectoría estratégica y gobernanza democrática	Planificación	Planificación operativa y programa-ción.	Formulación (anteproyecto y POA)																														
				Programación (taller de repro-gramación)																														
		Rendición de cuentas	Gestión de la transparencia	Gestión del acceso a datos abiertos de salud																														
	Atención y regulación en salud	Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Gestión de la atención y vigilancia en salud	Planificación																														
				Organización																														
				Conducción																														
				Ejecución																														
				Monitoreo y evaluación																														
	Gestión y soporte	Gestión financiera	Presupuesto	Formulación																														
				Programación																														
				Ejecución																														
		Gestión administrativa	Compras y contratacio-nes	Planificación anual de compras y contrataciones																														
				Gestión de bases de adquisición																														
				Adquisiciones																														
		Gestión del talento humano	Gestión de puestos y dotación	Reorganización del personal																														
				Asignación de funciones																														
				Reclutamiento																														
				Selección																														
				Contratación																														

Continúa...

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo de reorganización administrativa			Desarrollo de talento humano	Capacitación																														
				Formación																														
		Gestión logística	Gestión farmacéutica, de afines y equipo médico	Selección																														
				Adquisición																														
				Distribución																														
				Almacenamiento																														
				Atención al usuario																														
			Gestión del transporte sanitario	Control logístico de rutas																														
				Taller y control de vehículos																														
		Gestión de la información	Desarrollo de bases de datos	Configuración de la red de servicios																														
			Implementación, capacitación y asistencia técnica (ICAT)	Habilitación de equipos de coordinación																														
				Habilitación de equipos de apoyo																														
			Infraestructura de la información	Equipamiento y mantenimiento de SIMIS																														
				Rutas de visitas de instalación																														
		Gestión de la infraestructura	Planificación y diseño	Planes de desarrollo de la infraestructura																														
				Elaboración de planos y diseño																														
				Estudios de prefactibilidad																														
			Supervisión	Supervisión de obra e infraestructura existente																														
			Registro y regularización	Regularización																														
				Registro de bienes inmuebles																														

Fuente: elaboración propia con datos del Instituto de Salud incluyente.

Cuadro 17

Ciclo de creación de condiciones: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales de Enfermería y nivel nacional (2020-2025)

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo de creación de condiciones	Rectoría estratégica y gobernanza democrática	Formulación y conducción política	Conducción política	Presentación con COMUDE y ciudadanía																													
				Presentación con UTD, CODEDE y Autoridades Ancestrales																													
		Comunicación estratégica	Cabildeo	Acciones de cabildeo del plan maestro																													
			Información y divulgación	Videos de socialización del plan maestro																													
		Rendición de cuentas	Gestión de la fiscalización social	Espacios de denuncias y rendición de cuentas																													
	Atención y regulación en salud	Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Gestión de la atención y vigilancia en salud	Planificación																													
				Organización																													
				Conducción																													
				Ejecución																													
				Monitoreo y evaluación																													
			Programa comunitario de salud	PCOS - Acercamiento y negociación comunitaria																													
				PCOS - Croquis y conteo poblacional, ficha comunitaria																													
				PCOS - Actualización del conteo poblacional																													
				PCOS - Línea basal																													
	Gestión y soporte	Gestión de la información	Implementación, capacitación y asistencia técnica (ICAT)	PCOS - Croquis y conteo poblacional																													
				PCOS - Conteo poblacional automático																													
				PCOS - Nacimientos, defunciones, traslados y nuevas familias																													
				PCOS - Línea basal y ficha comunitaria																													
				PCOS - Actualización de conteo a ICAT del SIGSA																													

Fuente: elaboración propia con datos del Instituto de Salud incluyente. Nota: N/ Nacional; E/ Escuelas Nacionales de Enfermería; A/ 09 DAS; B/ 10 DAS I; C/ 10 DAS II.

Cuadro 18

Ciclo de atención, vigilancia y gestión de la salud: procesos, subprocesos y actividades, por grupo de AS, Escuelas Nacionales y nivel nacional (2020-2025)

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud	Rectoría estratégica y gobernanza democrática	Planificación	Monitoreo y evaluación	Monitoreo de metas y resultados																													
				Evaluación de medio término de políticas y planes																													
				Evaluación final de políticas y planes																													
	Atención y regulación en salud	Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Gestión de la atención y vigilancia en salud	Planificación																													
				Organización																													
				Conducción																													
				Ejecución																													
				Monitoreo y evaluación																													
			Programa comunitario de salud	PCOS - parte I (formación e implementación)																													
				PCOS - parte II (formación e implementación)																													
				PCOS - Tácticas operativas																													
			Programa individual de atención en salud	PIAS - Fortalecimiento de la atención integral: normas de atención, AIEPI, ficha clínica																													
				PIAS - Tácticas operativas																													
				Equipamiento de equipos polifuncionales																													
				Habilitación de instalaciones para EAPAS/SIMIS																													
				Fortalecimiento de la red de servicios																													

Continúa...

Descripción					2020					2021					2022					2023					2024					2025				
Ciclo	Macro	Proceso	Subproceso	Actividad	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C	N	E	A	B	C
Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud		Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Programa familiar de atención en salud	PFAS - parte I																														
				PFAS - Tácticas operativas																														
				PFAS - Visita familiar integral																														
				PFAS - PCOS - Trabajo con organizaciones y preventivo con familias y jóvenes																														
				PFAS - Trabajo educativo preventivo con familias																														
			Vigilancia sociocultural de la salud	VSCS - ASIS y evaluación inter-programática																														
				VSCS - semanal, sala situa-ción, ciclo de gestión																														
				VSCS																														
	Gestión y soporte	Gestión del talento humano	Desarrollo del talento humano	Capacitación																														
		Gestión de la información	Diseño e integración de solu-ciones de información	Diseño de instrumento de flujo de información																														
				Revisión del flujo de información																														
				Socialización de instrumen-to de flujo de información																														
			Implemen-tación, capacitación y asistencia (ICAT)	PIAS - Ficha Clínica, Cuaderno del Niño, la Niña y Embarazo																														
				PFAS - Ficha familiar																														
				PCOS - Directorio de terapeutas																														

CAPÍTULO IV

Costeo de la implementación de la RASI (2020-2025). El nacimiento de la espiral

A. Contenido

El costo de la implementación de la RASI (2020-2025) contiene el desarrollo de los procesos y actividades *seleccionadas* de los cuatro macroprocesos de su modelo de gestión. Para esto, cada uno ha sido instrumentalizado con sumo detalle, elaborando para los mismos las especificaciones de procesos, subprocesos, actividades, tareas e insumos, organizados por ciclos de implementación y por grupo de área de salud priorizada, para cada año para el período 2020-2025 (ver en anexos el detalle de insumos). La especificidad del desarrollo de cada macroproceso en detalle solo ha sido posible dada la sistematización de la experiencia histórica, técnica y operativa, *in situ*, de la que se funda el MIS, que ahora sustenta la base técnica de la estimación de costos.

La base de costeo de este plan parte así de cuatro elementos esenciales a partir de los cuales esta propuesta se edifica con un alto contenido técnico y operativo y una dimensión concreta y realista de su implementación:

- Las estimaciones parten del reordenamiento territorial de las 29 áreas de salud del país realizado en 2017, a partir del cual se definieron los sectores y territorios del país completo como unidades de planificación sanitaria y adscripción poblacional a servicios de salud de personas, familias, comunidades, viviendas y otros, que garantizarían de forma efectiva el acceso universal a una atención integral en salud. Esta definición de planificación sanitaria es la base esencial de estimación de las brechas de todos los recursos estratégicos de la red: recurso humano, medicamentos, equipamiento, vehículos, infraestructura, etc. A partir de esta, este plan puede identificar con suma precisión la cantidad necesaria a incrementar y la localización de las comunidades (el sector) donde estos deberán ser asignados en cada momento de implementación del plan. Este esfuerzo de planificación territorial del gasto y la inversión es efectivamente uno sin precedentes en el país.
- La base de estimación de las brechas (la cantidad y tipología del recurso humano, la cantidad, calidad y tipología de insumos, equipo, vehículos, así como la cantidad y localización de la infraestructura) parten además de un modelo de atención primaria (el MIS) que durante más de 15 años ha logrado la definición de una propuesta técnica, coherente y estratégica de organización de estos recursos y plantea por lo tanto especificaciones muy concretas para la transformación y fortalecimiento de estos. De esta forma, todos los *procesos* hasta su definición de *tareas* tienen en detalle el tipo y cantidad de insumos que se necesitan para una implementación óptima (papel, lápices, jeringas, estetoscopios, etc.). Cada una parten por lo tanto de una base de cálculo específica, en algunos casos poblacio-

nal (para la asignación de personal sanitario, por ejemplo), en otros el número de familias (para la asignación de recursos propios de la visita familiar integral), en otros el número de defunciones esperadas en un territorio (para el caso de los instrumentos de necropsia verbal para mortinatos), entre otros.

- Este plan, y por consiguiente su costeo, se desarrolló considerando todas las restricciones administrativas y presupuestarias del MSPAS, y el Estado de Guatemala, inclusive, sus tiempos administrativos y presupuestarios. Los insumos (sus códigos de presentación, códigos de insumos, descripción y precios de referencia) fueron revisados y actualizados según el Catálogo de Insumos del MSPAS a 2017. Todo el costeo fue además organizado bajo una estructura programática propuesta, definida a partir de las estructuras del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado de Guatemala, las clasificaciones de gastos según el Manual de Clasificaciones Presupuestarias para el Sector Público de Guatemala y la asignación de las Unidades Ejecutoras propias del MSPAS que tendrían a su cargo la ejecución del plan.

- Todos los precios de los insumos (incluyendo los salarios) fueron indexados con los indicadores de inflación. Los precios del 2020 se ajustaron por dos períodos inflacionarios, el 2018 y 2019. Los datos macroeconómicos para proyectar los precios, tipo de cambio, PIB nominal para el período 2020-2025, se obtuvieron del Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Central de Guatemala (BANGUAT. Los datos para deflactar los montos a precios constantes con base del 2010, se obtuvieron del Banco de Guatemala.

Tabla 6

Indicadores macroeconómicos

Indicadores	2020	2021	2022	2023	2024	2025
PIB nominal /1	691,098	746,386	806,843	872,197	943,718	1,021,102
var. PIB nominal (en porcentajes)/1	7.9	8.0	8.1	8.1	8.2	8.2
var. PIB real (en porcentajes)/1	3.7	3.8	3.9	4.0	4.0	4.0
Inflación (en porcentajes)/1	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
Tipo de cambio/1	7.8	7.8	7.8	8.8	7.8	7.8
Deflactor/2	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.7

Fuente: 1/ Proyecciones del FMI, BM y BANGUAT presentados en el proyecto de presupuesto multianual por MINFIN. 2/ Estimación propia con datos del BANGUAT (2010-2016).

1. Limitaciones metodológicas

- Los costos presentados tienden a la sobre-estimación. Esto es así puesto que no se posee la información a detalle de todos los insumos que existen en el MSPAS para estimar apropiadamente las brechas de estos (RRHH, equipo, vehículos, otros). Todas las brechas son estimaciones.
- Las brechas del recurso humano se obtuvieron de los resultados presentados por el MSPAS a partir de su ordenamiento territorial realizado en 2017. En estos resultados no se logran identificar las brechas de asistentes de información por lo que se asumió que su brecha era total a nivel nacional.
- Las brechas de infraestructura se obtuvieron de una base de datos del MSPAS actualizado en 2017.
- No se obtuvo información sobre equipamiento del personal ni de la red de servicios. Para la estimación de esta brecha se asumió la necesidad de reemplazar parte importante del equipo de la red de servicios y de equipar a todo el personal a nivel nacional.
- No se obtuvo información sobre vehículos de uso en DMS y DAS, ni de los insumos planificados para el desarrollo de la red de gestión logística. Para la estimación de su brecha, se asumió la inexistencia de esta red logística a nivel nacional.
- Las brechas en medicamentos se estimaron de las diferenciales entre el presupuesto asignado del 2017 y la planificación operativa anual a 2018.

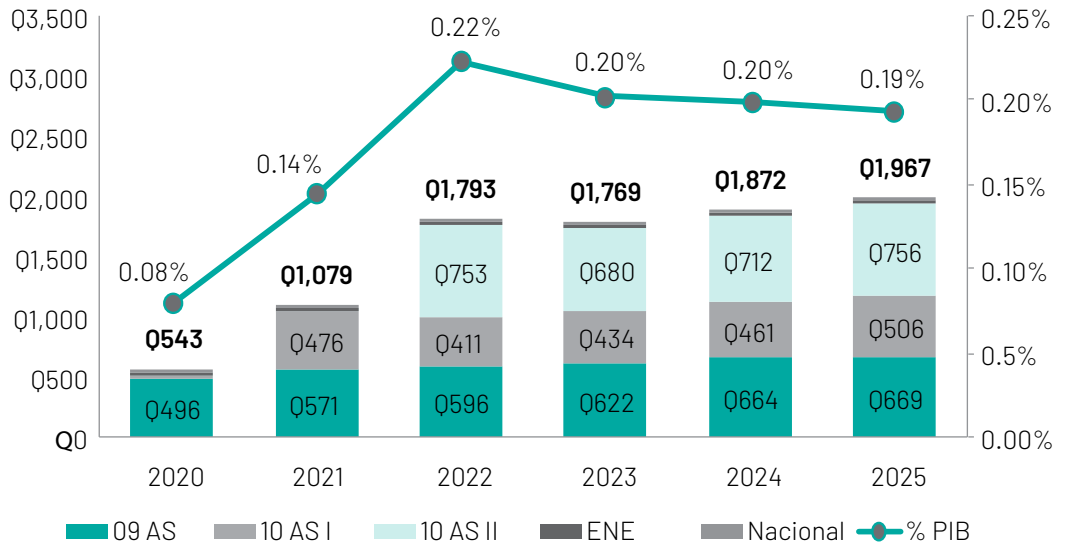
B. Costos generales de implementación de la primera etapa de la RASI

Implementar la RASI para el período 2020-2025, implica elevar el presupuesto del MSPAS en Q 1,966.5 millones (USD 252.1 millones) al 2025, siguiendo una planificación multianual organizada para garantizar el acceso público universal a la salud. Esto incrementaría el gasto público de salud del país (estimado actualmente en 2.3% del PIB) en 0.19% del PIB a 2025, para un total de 2.5% del PIB. Este aumento, aunque importante, se mantendría por debajo de la meta global de 6.0% del PIB sugerida por la OPS/OMS y por debajo del promedio latinoamericano de 4.5% del PIB.

La implementación de la RASI (2020-2025) implica un aumento promedio anual de Q 597.5 millones (USD 76.62 millones o 0.08% del PIB), en el presupuesto del MSPAS durante los primeros tres años, para luego estabilizarse en aumentos promedios anuales de Q 58.0 millones (USD 7.4 millones) en los tres años consecuentes. En la práctica, el primer año, el 2020, podría no requerir aumentos del presupuesto, sino una reorganización interna del presupuesto del MSPAS. La implementación se programó de forma escalonada y progresiva, iniciando con las 09 áreas de salud priorizadas por su perfil epidemiológico y social, avanzando con un grupo de diez áreas de salud en los siguientes dos años, un grupo adicional por año. También incluye el fortalecimiento de las (ENE) Escuelas Nacionales de Enfermería y algunos procesos a nivel nacional (y central) del MSPAS.

Gráfica 11

Costos de implementación de la RASI por grupos de áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales y porcentajes del PIB)



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

Tabla 7

Costos de implementación de la RASI por grupos de áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales, dólares y porcentajes del PIB)

DAS	2020	2021	2022	2023	2024	2025
09 AS	Q 496.0	Q 571.2	Q 596.1	Q 621.5	Q 663.9	Q 669.4
10 AS I	Q 3.6	Q 475.9	Q 410.5	Q 434.2	Q 460.5	Q 505.8
10 AS II	Q 4.0	Q 0.2	Q 753.1	Q 679.6	Q 712.4	Q 755.7
ENE	Q 37.8	Q 30.8	Q 31.9	Q 33.0	Q 34.1	Q 35.2
Nacional	Q 1.2	Q 0.7	Q 0.9	Q 0.9	Q 0.6	Q 0.4
Total anual	Q 542.6	Q 1,078.8	Q 1,792.5	Q 1,769.2	Q 1,871.5	Q 1,966.5
Total real (IPC 2010)	Q 371.8	Q 719.4	Q 1,164.3	Q 1,120.0	Q 1,155.6	Q 1,185.0
Var. interanual	Q 542.6	Q 536.2	Q 713.7	Q (23.4)	Q 102.4	Q 95.0
Aumentos reales	Q 371.8	Q 347.6	Q 444.9	Q (44.3)	Q 35.5	Q 29.4
Total USD	$ 69.6	$ 138.3	$ 229.8	$ 226.8	$ 239.9	$ 252.1
% PIB	0.08%	0.14%	0.22%	0.20%	0.20%	0.19%

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

C. Costos de implementación consolidados por territorios

Territorialmente, la implementación de la RASI (2020-2025) se prioriza por criterios de equidad dirigiendo los aumentos significativos del gasto público de salud en áreas con alto índices de pobreza e indicadores sociosanitarios bajos, y particularmente en territorios de los Pueblos Maya, Garífuna y Xinca que históricamente han sido abandonados por el Estado de Guatemala.

En el primer año, el modelo transfería alrededor de Q 496.0 millones (0.07% del PIB) a las 09 AS priorizadas, siendo esta efectivamente la región del altiplano del país. El siguiente grupo, las 10 AS I recibiría Q 475.9 millones en el segundo año (0.06% del PIB). Este grupo se caracteriza por tener departamentos con alto y mediano porcentaje de población Maya, Garífuna y Xinca (Baja Verapaz, Izabal, Jalapa, Chimaltenango, Quetzaltenango, otros). Finalmente, el tercer grupo, las 10 AS II recibirían en el tercer año alrededor de Q 753.1 millones (0.09% del PIB). En este grupo se encuentra el sur del país y el departamento de Guatemala. El gasto en este último incluye la red de atención en salud institucional del área metropolitana que históricamente ha sido abordada mayoritariamente desde una atención hospitalaria.[6]

El gasto público de la implementación de la RASI considera además una recuperación histórica y sistemática de las seis Escuelas Nacionales de Enfermería (ENE), con aumentos en promedio por escuela de Q 5.6 millones anuales. Esto es un aumento del presupuesto global de todas las ENE de Q 33.8 millones en promedio cada año. Esta inversión apoyaría el fortalecimiento de la capacidad instalada de las ENE para pasar de formar 400 a 2,100 auxiliares de enfermería por año, entre otro personal.

Los procesos a escala nacional se refieren a gastos realizados desde el nivel central para preparar, escalar y transferir las capacidades de la implementación técnica a los territorios. Este gasto se estima en un costo promedio de Q 0.8 millones anuales, entre 2020 y 2025.

6 Como ya se mencionó en la introducción al capítulo III, el actual costeo del plan de implementación de la RASI en el área metropolitana tiene un carácter preliminar y sufrirá cambios importantes a medida que se avance con la definición del modelo de atención en salud urbana metropolitama.

Tabla 8

Costos de implementación de la RASI en áreas de salud, ENE y otros, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Áreas de salud	2020	2021	2022	2023	2024	2025
09 AS	**Q 496.0**	**Q 571.2**	**Q 596.1**	**Q 621.5**	**Q 663.9**	**Q 669.4**
Alta Verapaz	Q 116.8	Q 142.2	Q 147.6	Q 153.3	Q 162.5	Q 164.4
Chiquimula	Q 33.6	Q 39.5	Q 41.0	Q 42.2	Q 44.3	Q 43.6
Huehuetenango	Q 94.3	Q 111.1	Q 116.2	Q 121.0	Q 129.5	Q 130.1
Ixcán	Q 10.8	Q 11.7	Q 12.7	Q 14.0	Q 16.0	Q 17.8
Ixil	Q 13.7	Q 14.2	Q 14.8	Q 15.6	Q 17.0	Q 17.5
Quiché	Q 61.7	Q 66.0	Q 69.1	Q 72.3	Q 77.6	Q 78.3
San Marcos	Q 93.1	Q 99.3	Q 102.9	Q 106.3	Q 112.6	Q 111.3
Sololá	Q 34.2	Q 42.1	Q 44.5	Q 47.0	Q 50.9	Q 52.0
Totonicapán	Q 37.8	Q 45.1	Q 47.4	Q 49.8	Q 53.6	Q 54.5
10 AS I	**Q 3.6**	**Q 475.9**	**Q 410.5**	**Q 434.2**	**Q 460.5**	**Q 505.8**
Baja Verapaz	Q 0.2	Q 40.0	Q 31.3	Q 32.6	Q 34.1	Q 36.6
Chimaltenango	Q 0.4	Q 66.5	Q 57.4	Q 60.5	Q 63.4	Q 68.7
Izabal	Q 0.3	Q 45.5	Q 40.0	Q 42.1	Q 44.4	Q 48.1
Jalapa	Q 0.3	Q 42.8	Q 39.9	Q 44.9	Q 51.9	Q 63.1
Petén norte	Q 0.3	Q 25.9	Q 23.2	Q 24.1	Q 25.2	Q 27.2
Petén suroccidente	Q 0.2	Q 16.9	Q 13.4	Q 14.3	Q 15.4	Q 17.5
Petén suroriente	Q 0.2	Q 26.1	Q 24.0	Q 25.4	Q 27.3	Q 30.3
Quetzaltenango	Q 1.1	Q 104.9	Q 89.0	Q 92.9	Q 95.7	Q 101.8
Retalhuleu	Q 0.2	Q 38.8	Q 33.5	Q 35.2	Q 37.1	Q 40.3
Suchitepéquez	Q 0.3	Q 68.6	Q 58.9	Q 62.2	Q 66.0	Q 72.1
10 AS II	**Q 4.0**	**Q 0.2**	**Q 753.1**	**Q 679.6**	**Q 712.4**	**Q 755.7**
El Progreso	Q 0.2	Q 0.0	Q 21.2	Q 19.4	Q 21.0	Q 23.7
Escuintla	Q 0.5	Q 0.0	Q 84.0	Q 74.8	Q 77.4	Q 80.2
Guatemala central	Q 0.5	Q 0.0	Q 130.4	Q 117.0	Q 125.1	Q 135.9
Guatemala noroccidente	Q 0.4	Q 0.0	Q 130.4	Q 120.5	Q 128.0	Q 138.3
Guatemala nororiente	Q 0.3	Q 0.0	Q 77.6	Q 65.5	Q 68.5	Q 72.6
Guatemala sur	Q 0.5	Q 0.0	Q 135.3	Q 121.8	Q 125.2	Q 129.6
Jutiapa	Q 0.7	Q 0.0	Q 56.0	Q 49.6	Q 51.2	Q 52.7
Sacatepéquez	Q 0.2	Q 0.0	Q 39.3	Q 36.0	Q 37.1	Q 38.9
Santa Rosa	Q 0.5	Q 0.0	Q 48.7	Q 45.7	Q 48.8	Q 52.8
Zacapa	Q 0.3	Q 0.0	Q 30.2	Q 29.4	Q 30.0	Q 31.0
ENE	**Q 37.8**	**Q 30.8**	**Q 31.9**	**Q 33.0**	**Q 34.1**	**Q 35.2**
Escuela Nacional de Cobán	Q 6.3	Q 5.1	Q 5.3	Q 5.5	Q 5.7	Q 5.9
Escuela Nacional de Guatemala	Q 6.3	Q 5.1	Q 5.3	Q 5.5	Q 5.7	Q 5.9
Escuela Nacional de INDAPS	Q 6.3	Q 5.1	Q 5.3	Q 5.5	Q 5.7	Q 5.9
Escuela Nacional de Jutiapa	Q 6.3	Q 5.1	Q 5.3	Q 5.5	Q 5.7	Q 5.9
Escuela Nacional de Mazatenango	Q 6.3	Q 5.1	Q 5.3	Q 5.5	Q 5.7	Q 5.9
Escuela Nacional de Xela	Q 6.3	Q 5.1	Q 5.3	Q 5.5	Q 5.7	Q 5.9
Nacional	**Q 1.2**	**Q 0.7**	**Q 0.9**	**Q 0.9**	**Q 0.6**	Q 0.4
Nacional	Q 1.2	Q 0.7	Q 0.9	Q 0.9	Q 0.6	Q 0.4
Total anual	**Q 542.6**	**Q 1,078.8**	**Q 1,792.5**	**Q 1,769.2**	**Q 1,871.5**	**Q 1,966.5**

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

D. Costos de implementación en el marco de la gestión por procesos

1. Resumen por macroprocesos

La RASI se organiza en macroprocesos (ver capítulo II). Estos a su vez se conformar por procesos, subprocesos y actividades, ordenadas en ciclos de implementación y en años de implementación. En la implementación de la RASI (2020-2025) se ejecutan únicamente algunos procesos seleccionados.

El macroproceso de rectoría estratégica y gobernanza democrática, organiza los procesos de planificación y organización territorial y estratégica de la RASI. Conduce el desarrollo de las condiciones políticas del sector, la comunicación política del proceso y la constitución de espacios de rendición de cuentas y gestión de la transparencia. Este macroproceso tiene un costo promedio de Q 4.7 millones anuales, iniciando con un gasto en el primer año de Q 13.5 millones.

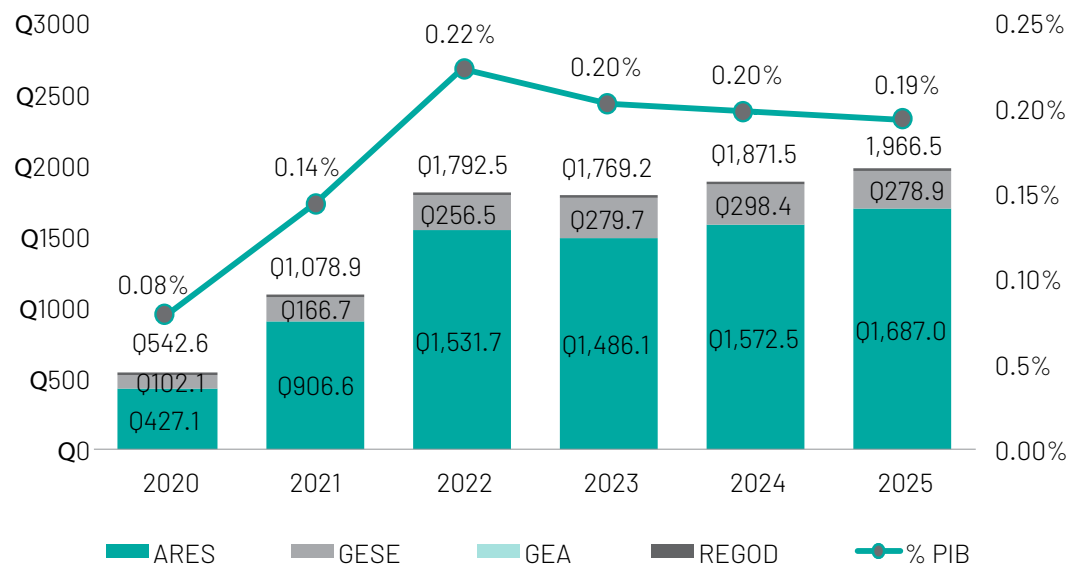
El macroproceso de gestión de la atención y regulación en salud es el que organiza, implementa y ejecuta todos los procesos sustantivos de la RASI a través del modelo de gestión de la atención y sus programas de salud: el individual, familiar, comunitario y la vigilancia sociocultural. Este macroproceso tiene un costo promedio anual de Q 1,268.5 millones (0.15% del PIB) que concentra en promedio 84.4% del total del gasto de la RASI.

El macroproceso de gestión y soporte funge su rol de apoyo a todos los procesos a través de la gestión administrativa, financiera, logística, de recursos humanos, de infraestructura y de la información. El costo promedio anual de este macroproceso se estima en Q 230.4 millones (0.03% del PIB).

El macroproceso de gestión de la calidad garantiza el control de todos los procesos de la RASI.

Gráfica 12

Costos totales de la primera etapa de implementación de la RASI por macroprocesos, 2020-2025 (en millones de quetzales y porcentajes del PIB)



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

a. Rectoría estratégica y gobernanza democrática

En su implementación (2020-2025), el macroproceso de gobernanza desarrolla tres procesos estratégicos: la formulación y conducción de políticas, la planificación, la rendición de cuentas y la comunicación estratégica.

- **El proceso de formulación y conducción política** se implementa en dos ciclos: el ciclo preparatorio y el ciclo de creación de condiciones. En el ciclo preparatorio se desarrollan los subprocesos de *formulación y el de la conducción política*, los cuales formulan y conducen de forma oportuna la Política Institucional de Salud (POI) del MSPAS, que incluye los lineamientos generales del proceso de transformación a iniciar, a la vez que se presentan varias modificaciones (a lo largo de los años) de carácter normativo y regulatorio que dan viabilidad al proceso. En el ciclo creación de condiciones, el subproceso de *conducción de políticas* avanza con la presentación del Plan Estratégico Territorial y el Plan Operativo Anual a los componentes de la RAS, la ciudadanía y organizaciones de sociedad civil, autoridades municipales, SISCODE y otras instituciones públicas, autoridades ancestrales, dando inicio a la rendición de cuentas. En este subproceso se negocian con las municipalidades, los consejos comunitarios, municipales y departamentales de desarrollo (COCODE, COMUDE y CODEDE), y gobernaciones, acciones conjuntas de inversión de infraestructura de salud en el listado geográfico de obras de los años siguientes, entre otros proyectos relacionados con la determinación y las condicionantes de la salud. Este subproceso sigue la implementación multianual escalonada que inicia con las 09 AS y avanza con 10 AS adicionales cada año. En estos se discute y se presenta el proceso de implementación de la RASI. El proceso de formulación y conducción tiene un costo promedio anual de Q1.8 millones entre 2020-2023.

- **El proceso de planificación** inicia en el ciclo preparatorio luego de la presentación de la Política Institucional, y organiza dentro de su subproceso de *planificación estratégica territorial*, la presentación del Plan Estratégico Institucional y los lineamientos para el desarrollo de los Planes Estratégicos Territoriales de carácter regional. Este subproceso luego incluye talleres de inducción al modelo incluyente y de redes de salud a todos los niveles del MSPAS y el desarrollo del ordenamiento territorial y reorganización de la red de atención y de servicios. Consiguientemente, en el subproceso de *planificación operativa* y *programación* se identifican las brechas de toda la red de atención a escala nacional, como insumo para una reprogramación presupuestaria importante del Ministerio. Cabe resaltar que el ordenamiento territorial es lo único que se reproduce una vez más el siguiente año con cada grupo de AS, según el orden de implementación, debido a la actualización que estas tendrán luego de completar la implementación del croquis comunitario y conteo poblacional. En el ciclo de reorganización administrativa, el subproceso de *planificación operativa* y *programación* avanza con la reprogramación del presupuesto (solo para el apoyo de las primeras 09 AS en el presente año fiscal) y la formulación de la Planificación Operativa Anual, el Presupuesto Operativo Multianual y el anteproyecto de presupuesto

de ingresos y egresos del MSPAS para el año fiscal siguiente. Estos subprocesos se realizan a través de talleres de trabajo con equipos del nivel central, DMS y DAS durante cinco días de trabajo en las oficinas centrales del MSPAS. En su conjunto, el proceso de planificación tiene un costo promedio anual de Q3.3 millones, que inicia en el primer año con Q 11.7 millones.

- **El proceso de comunicación estratégica** tiene una mayor participación en el ciclo de creación de condiciones, a través de los subprocesos de *cabildeo* y de *información y divulgación*. A través de estos, el MSPAS implementa una estrategia de acercamiento con las municipalidades, gobernaciones, el sistema de consejos de desarrollo y autoridades ancestrales para coordinar las acciones de implementación del plan, dar a conocer las metas y resultados propuestas en el marco de la rendición de cuentas y la negociación de inversiones conjuntas en relación a la infraestructura de nuevos puestos de salud utilizando el mecanismo propuesto de priorización dentro del listado geográfico de obras. Este subproceso se implementa acorde al grupo de AS intervenido en cada año, acompañándolos durante dos años a cada uno. El proceso de comunicación estratégica se ejecuta entre 2020 y 2023, con un costo estimado promedio anual de Q 0.2 millones.

- **El proceso de rendición de cuentas** se desarrolla en el ciclo de reorganización administrativa, a través del subproceso de *gestión de la transparencia pública*, utilizando plataformas como las de gobierno abierto y otras de carácter institucional, la sistematización de la información de planificación y ejecución del plan de implementación para cada uno de los territorios priorizados por año. En el ciclo de creación de condiciones, el subproceso de gestión de *la fiscalización social*, habilita mecanismos de denuncias y diálogo con la sociedad y sus expresiones organizativas desde lo local, distrital y área de salud (departamental), sobre temas relacionados con la ejecución del plan, la gestión de los recursos estratégicos y las acciones prioritarias del plan de implementación para que la ciudadanía, sociedad civil organizada, autoridades ancestrales y otras instituciones públicas puedan incidir y vigilar la ejecución del plan de implementación.

Tabla 9

Rectoría estratégica y gobernanza democrática: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos, subprocesos y actividades, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Macroprocesos, procesos, ciclos, subprocesos y actividades	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Rectoría estratégica y gobernanza democrática	Q 13.5	Q 5.6	Q 4.3	Q 3.4	Q 0.7	Q 0.7
Formulación y conducción política	Q 1.6	Q 2.7	Q 2.0	Q 1.0	-	-
Ciclo preparatorio	-	-	-	-	-	-
Conducción política	-	-	-	-	-	-
Presentación de la Política Institucional de Salud (POI)	-	-	-	-	-	-
Ciclo de creación de condiciones	Q 1.6	Q 2.7	Q 2.0	Q 1.0	-	-
Conducción política	Q 1.6	Q 2.7	Q 2.0	Q 1.0	-	-
Presentación con COMUDE y ciudadanía el plan de implementación	Q 1.3	Q 2.0	Q 1.3	Q 0.6	-	-
Presentación con UTD, CODEDE, ciudadanía y autoridades ancestrales	Q 0.4	Q 0.7	Q 0.7	Q 0.4	-	-
Planificación	Q 11.7	Q 2.6	Q 2.0	Q 2.2	Q 0.7	Q 0.7
Ciclo preparatorio	Q 11.0	Q 2.0	Q 1.4	Q 1.6	-	-
Planificación estratégica territorial	Q 6.5	Q 2.0	Q 1.4	Q 1.6	-	-
Inducción al MIS y RASI	Q 2.1	-	-	-	-	-
Presentación de Plan Estratégico Institucional (PEI)	-	-	-	-	-	-
Presentación de Plan Estratégico Territorial (PET)	-	-	-	-	-	-
Reordenamiento y reorganización territorial	Q 4.5	Q 2.0	Q 1.4	Q 1.6	-	-
Planificación operativa y programación	**Q 4.5**	**-**	**-**	**-**	**-**	-
Formulación (taller de análisis de brechas)	Q 4.5	-	-	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	Q 0.7	Q 0.6	Q 0.6	Q 0.7	Q 0.7	Q 0.7
Planificación operativa y programación	Q 0.7	Q 0.6	Q 0.6	Q 0.7	Q 0.7	Q 0.7
Formulación (taller de anteproyecto y taller de POA-POM)	Q 0.6	Q 0.6	Q 0.6	Q 0.7	Q 0.7	Q 0.7
Programación (taller de reprogramación)	Q 0.1	-	-	-	-	-
Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud	-	-	-	-	-	-
Monitoreo y evaluación	-	-	-	-	-	-
Monitoreo de metas y resultados	-	-	-	-	-	-
Evaluación de medio término de políticas y planes	-	-	-	-	-	-
Evaluación final de políticas y planes	-	-	-	-	-	-
Comunicación estratégica	Q 0.2	Q 0.3	Q 0.3	Q 0.2	-	-
Ciclo de creación de condiciones	Q 0.2	Q 0.3	Q 0.3	Q 0.2	-	-
Cabildeo	Q 0.1	Q 0.2	Q 0.2	Q 0.1	-	-
Acciones de cabildeo de plan de implementación	Q 0.10	Q 0.20	Q 0.22	Q 0.12	-	-
Información y divulgación	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	-	-
Videos de socialización plan de implementación	Q 0.08	Q 0.08	Q 0.08	Q 0.08	-	-
Rendición de cuentas	-	-	-	-	-	-
Ciclo de creación de condiciones	-	-	-	-	-	-
Gestión de la fiscalización social	-	-	-	-	-	-
Espacios de denuncias y rendición de cuentas	-	-	-	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	-	-	-	-	-	-
Gestión de la transparencia	-	-	-	-	-	-
Gestión del acceso a datos abiertos de salud	-	-	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del Instituto de Salud Incluyente

b. Atención y regulación en salud

En la implementación de la RASI (2020-2025), el proceso de la atención y vigilancia en salud integral e incluyente desarrolla cinco subprocesos: a) el programa comunitario; b) el programa individual; c) el programa familiar; d) la vigilancia sociocultural; y e) gestión en atención y vigilancia.

- **El programa comunitario de salud (PCOS)** se implementa a través del ciclo de creación de condiciones y de atención, vigilancia y gestión en salud. En el ciclo de creación de condiciones, se implementan los subprocesos de acercamiento y negociación comunitaria con el objetivo de generar las condiciones adecuadas de implementación y negociación en las comunidades a intervenir, particularmente, la identificación y construcción de alianzas estratégicas con la población, líderes locales, autoridades ancestrales, alcaldes, COCODE y COMUDE, donde se implementará el modelo de la RASI. Se establecen reuniones trimestrales con redes de terapeutas mayas y populares, intercambiando conocimientos de manera horizontal, además de reuniones mensuales con las abuelas comadronas. En estas reuniones se establecen coordinaciones de trabajo y acuerdos de seguimiento. A lo largo de la implementación del plan, se hacen huertos de plantas medicinales con fines demostrativos de acuerdo con las características climáticas de la zona. Esto es fundamental para la constitución progresiva de la RAS. Seguidamente se elabora un croquis comunitario y un conteo poblacional, que incluye la elaboración de la ficha comunitaria como primera intervención de caracterización de las comunidades, lo cual requerirá una actualización cada año. Esto constituye el primer insumo de lanzamiento del sistema de información del modelo. Finalmente, en el mismo ciclo, aunque en el año siguiente al de inicio, se desarrolla la línea basal. En el ciclo de atención, vigilancia y gestión se desarrollan las tácticas operativas del programa comunitario, entre estas, el trabajo con las comisiones de agua, sanidad y ambiente, el trabajo con terapeutas ancestrales y abuelas comadronas, el fortalecimiento de liderazgos comunitarios en acciones, organización y gestión intersectorial, el desarrollo de los planes de emergencia comunitarios, entre otros. Esto generalmente sucede en el segundo año de implementación de cada grupo de áreas de salud. Con esto último se completa la caracterización y organización de la comunidad (como insumo y mecanismo de participación comunitaria en la gestión intersectorial en salud), la adscripción de las personas y familias a las comunidades y el desarrollo de los planes de acción comunitarios y municipales. Se logra acuerdos consensuados para que opere la RAS en los sectores, territorios, municipios y áreas de salud. A estas acciones están integradas las perspectivas de equidad de género, de pertinencia intercultural y armonía con el ambiente. Este programa sigue la lógica de implementación, que inicia en las 09 AS en el primer año y avanza 10 AS adicionales cada año. Este programa incluye el cierre de brechas de Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), quienes implementan tácticas operativas del PCOS, así como la contratación de los inspectores de saneamiento ambiental y/o técnicos en salud rural, asignados al PCOS en los Equipos de Apoyo en Salud (EAPAS) y su respectivo equipamiento. El programa comunitario tiene un costo promedio anual de Q 238.5 millones (0.03% del PIB).

- **El programa individual de atención en salud (PIAS)** se implementa en el ciclo de atención integral, vigilancia y gestión, y desarrolla desde el inicio de la implementación el fortalecimiento general de todas las auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales localizadas en sectores y territorios del país en temas relacionados con las normas de atención, y la atención integral a las enfermedades prevalentes en la primera infancia (AIEPI). Se inician además las tácticas operativas del programa, que incluye, la atención integral en la consulta, la atención preventiva intra y extramuros, el seguimiento extramuros a casos especiales, la vigilancia activa domiciliaria de riesgos, entre otras. A estas acciones están integradas las perspectivas de equidad de género, de pertinencia intercultural y armonía con el ambiente. Se realizan referencias y contrarreferencias en el marco de la RASI y RAS, particularmente a las redes de terapeutas mayas y populares. Este programa se implementa a través de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), quienes implementan las tácticas operativas del PIAS con el apoyo de una enfermera profesional y una licenciada en enfermería o médico adscritas al PIAS en los Equipos de Apoyo en Salud (EAPAS). También incluye la responsabilidad de habilitar (una vez gestionada y ejecutada la compra en otros procesos de gestión) el equipamiento de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) y de los Equipos de Apoyo en Salud (EAPAS), la habilitación de los puestos de salud como unidades de servicio en los sectores (alquilando donde no existen y reequipando toda la red) y la habilitación de las oficinas de los equipos de apoyo de salud (EAPAS). Este programa también sigue la lógica de implementación que inicia en las 09 AS y avanza 10 AS adicionales cada año. El programa individual tiene un costo promedio anual de Q 703.8 millones (0.08% del PIB).

- **El programa familiar de atención en salud (PFAS)** también se implementa a través del ciclo de atención, vigilancia y gestión. Este incluye, entre otros, la visita familiar integral centrada en la caracterización de la familia, su atención integral y en la identifican de riesgos sociales y ambientales en la misma, que constituyen finalmente los insumos de creación de la ficha familiar. Se implementa, además, las tácticas operativas del programa que incluye la visita de seguimiento, el establecimiento del plan de emergencia familiar, el trabajo educativo preventivo con familias, jóvenes, entre otras. A estas acciones están integradas las perspectivas de equidad de género, de pertinencia intercultural y armonía con el ambiente. Muchas de las rutas para la atención de riesgos familiares requieren de acuerdos de coordinación y trabajo con los actores de la RAS, a diferentes niveles. Se realizan referencias y contrarreferencias a las redes de terapeutas mayas y populares. El programa familiar de salud inicia en el segundo año de implementación de cada grupo de AS con la contratación de las trabajadoras sociales (o enfermeras profesionales) asignadas al Equipo de Apoyo en Salud (EAPAS) encargadas del PFAS y su equipamiento respectivo. El programa familiar tiene un costo promedio anual de Q 236.7 millones (0.03% del PIB).

- **La vigilancia sociocultural (VSC)** se desarrolla en el ciclo de atención, vigilancia y gestión. Esta inicia con el desarrollo de la vigilancia sociocultural (VSC) semanal, el análisis de sala situacional (ASIS) y el monitoreo de las tácticas operativas. En el año siguiente, al de implementación, este introduce los procesos de fortalecimiento del ASIS y de la evaluación

interprogramática, así como el de evaluación del desempeño del personal, todos los cuales constituyen los insumos base de la ATOL del modelo. Se introduce en la vigilancia los protocolos de enfermedades maya y populares más importantes con fines de vigilancia epidemiológica. En las reuniones trimestrales con los terapeutas, se hacen análisis epidemiológico y la producción de sus atenciones, de acuerdo con el modelo ancestral o popular presente en las redes locales. La implementación de la VSCS fortalece la vigilancia de los tres niveles de análisis-acción del modelo (individual, familiar y comunitario) y da paso a la consolidación del sistema de información. En este programa se incluyen únicamente los costos de los asistentes de información asignados al Equipo de Apoyo en Salud (EAPAS) encargados del VSC. La vigilancia sociocultural tiene un costo promedio anual de Q 89.5 millones (0.01% del PIB).

- **La gestión de la atención y vigilancia en salud** se implementa de manera integral con los anteriores subprocesos y tiene estrecha relación con el VSCS. Se desarrolla en todos los ciclos del plan y se conforma de aspectos de planificación, organización, conducción, ejecución, monitoreo y evaluación (ver cuadro 6). Lo recursos que requiere son los identificados para los otros procesos. Esta gestión se vincula estrechamente a los otros macroprocesos.

Tabla 10

Atención y regulación en salud: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos y subprocesos, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Macroprocesos, procesos, ciclos, subprocesos y actividades	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Atención y regulación en salud	Q 427.1	Q 906.6	Q 1,531.7	Q 1,486.1	Q 1,572.5	Q 1,687.0
Atención y vigilancia en salud integral e incluyente	Q 427.1	Q 906.6	Q 1,531.7	Q 1,486.1	Q 1,572.5	Q 1,687.0
Ciclo preparatorio	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Gestión de la atención y vigilancia en salud	-	-	-	-	-	-
Planificación	-	-	-	-	-	-
Organización	-	-	-	-	-	-
Conducción	-	-	-	-	-	-
Ejecución	-	-	-	-	-	-
Monitoreo y evaluación	-	-	-	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Gestión de la atención y vigilancia en salud	-	-	-	-	-	-
Planificación	-	-	-	-	-	-
Organización	-	-	-	-	-	-
Conducción	-	-	-	-	-	-
Ejecución	-	-	-	-	-	-
Monitoreo y evaluación	-	-	-	-	-	-
Ciclo de creación de condiciones	**Q 2.3**	**Q 2.7**	**Q 5.4**	**Q 3.0**	**Q 2.6**	**-**
Gestión de la atención y vigilancia en salud	-	-	-	-	-	-
Planificación	-	-	-	-	-	-

Continúa...

Tabla 10

Atención y regulación en salud: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos y subprocesos, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Macroprocesos, procesos, ciclos, subprocesos y actividades	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Organización	-	-	-	-	-	-
Conducción	-	-	-	-	-	-
Ejecución	-	-	-	-	-	-
Monitoreo y evaluación	-	-	-	-	-	-
Programa Comunitario de Salud	**Q 2.3**	**Q 2.7**	**Q 5.4**	**Q 3.0**	**Q 2.6**	**-**
PCOS - Gestión y generalidades del MIS y RASI	Q 1.2	Q 0.8	Q 0.9	-	-	-
PCOS parte I - Croquis y conteo poblacional	Q 1.2	Q 0.8	Q 0.9	-	-	-
PCOS parte II - Línea basal	-	Q 1.2	Q 0.8	Q 0.9	-	-
PCOS parte IV - Actualización del conteo poblacional	-	-	Q 2.8	Q 2.1	Q 2.6	-
Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud	**Q 424.7**	**Q 903.8**	**Q 1,526.3**	**Q 1,483.1**	**Q 1,569.9**	**Q 1,687.0**
Gestión de la atención y vigilancia en salud	-	-	-	-	-	-
Planificación	-	-	-	-	-	-
Organización	-	-	-	-	-	-
Conducción	-	-	-	-	-	-
Ejecución	-	-	-	-	-	-
Monitoreo y evaluación	-	-	-	-	-	-
Programa Comunitario de Salud	**Q 57.9**	**Q 176.6**	**Q 315.6**	**Q 279.9**	**Q 288.4**	**Q 296.7**
PCOS parte III	-	Q 1.2	Q 0.8	Q 0.9	-	-
PCOS parte V	-	-	Q 1.2	Q 0.8	Q 1.0	-
PCOS - Tácticas operativas	Q 57.9	Q 175.4	Q 313.6	Q 278.2	Q 287.5	Q 296.7
Programa Familiar de Salud	**-**	**Q 117.2**	**Q 210.0**	**Q 358.3**	**Q 364.0**	**Q 370.5**
PFAS - parte I	-	Q 2.0	Q 1.4	Q 1.7	-	-
PFAS - PCOS	-	-	Q 4.1	Q 5.2	-	-
PFAS parte III	-	-	Q 2.8	Q 2.1	Q 2.6	-
PFAS parte IV	-	-	-	Q 2.1	Q 2.6	-
PFAS - Tácticas operativas	-	Q 115.3	Q 201.7	Q 347.3	Q 358.9	Q 370.5
Programa Individual de Salud	**Q 356.7**	**Q 551.8**	**Q 887.9**	**Q 730.0**	**Q 798.9**	**Q 897.3**
PIAS - Fortalecimiento de la atención integral	Q 1.9	-	-	-	-	-
Equipamiento de equipos polifuncionales	Q 103.0	Q 91.2	Q 144.2	Q 56.5	Q 56.4	Q 58.2
Fortalecimiento de la red de servicios	Q 142.8	Q 126.1	Q 170.8	Q 128.0	Q 178.9	Q 257.3
Habilitación de instalaciones para EAPAS/ SIMIS	Q 4.4	Q 7.7	Q 12.4	Q 12.8	Q 13.2	Q 13.7
PIAS - Tácticas operativas	Q 104.6	Q 326.9	Q 560.5	Q 532.6	Q 550.4	Q 568.1
Vigilancia en salud sociocultural	**Q 10.1**	**Q 58.2**	**Q 112.8**	**Q 114.8**	**Q 118.7**	**Q 122.5**
Gestión y generalidades del MIS y RASI	-	-	-	-	-	-
VSC parte I	Q 1.2	Q 0.8	Q 0.9	-	-	-
VSC parte II	-	Q 2.0	Q 0.9	-	-	-
VSC - Tácticas operativas	Q 8.9	Q 55.5	Q 111.0	Q 114.8	Q 118.7	Q 122.5

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

c. Gestión y soporte

En la implementación de la RASI (2020-2025) el macroproceso de gestión y soporte desarrolla cinco procesos de soporte: la gestión administrativa, la financiera, del talento humano, logística y de la información.

- **La gestión administrativa** se desarrolla principalmente en el ciclo de reorganización administraba. Esta incluye los subprocesos de *planificación anual del plan de adquisiciones y contrataciones* para todos los tipos de eventos a programarse (licitación, cotización, otros), la *gestión de las bases de las adquisiciones* y la ejecución de las *adquisiciones*. Es un proceso que desarrollan los equipos administrativos de las direcciones de áreas de salud y el nivel central del MSPAS. Garantiza que las compras de todos los equipos de cómputo, el equipamiento de la red de servicios, los vehículos, los insumos médicos quirúrgicos y de laboratorio, las medicinas, los servicios y las contrataciones cumplan con sus metas establecidas en los tiempos reglamentados.

  Este es un proceso que, aunque no tiene un costo adicional entendido como brecha, requiere de una cantidad importante de recursos (tiempo y equipos de trabajo) para ejecutarse.

- **La gestión financiera** desarrolla el subproceso de *presupuesto* que incluye su formulación, programación y ejecución, a partir de los cuales se monitorea y evalúa por su ejecución pronta, transparente y efectiva. Se implementa también en el ciclo de reorganización administrativa. Paralelo a la formulación del POA y el anteproyecto del presupuesto (del proceso de planificación estratégica de rectoría y gobernanza), la gestión financiera colabora además en identificar las fuentes de financiamiento internas o externas a la institución necesarias para ejecutar los programas planificados y cerrar las brechas de los insumos necesarios. Para esto se planifica una serie de reprogramaciones del presupuesto de la institución o una propuesta de ampliación presupuestaria (particularmente fuertes en el primer año de implementación), así como la programación de los presupuestos multianuales siguientes como insumos de negociación con el Ministerio de Finanzas Públicas y Congreso de la República para llevar a cabo la implementación de los diferentes ciclos de implementación de la estrategia de las redes de atención.

  Este proceso no tiene un costo adicional estimado al ejecutado regularmente por el presupuesto del MSPAS.

- **La gestión del talento humano** incluye dos grandes subprocesos de apoyo: *la gestión de puesto y dotación* y el *desarrollo del talento humano*. El primero ejecuta en un primer momento una serie de talleres sobre reorganización del personal en funciones, particularmente importante en las áreas de salud, donde el personal sanitario es reasignado según su perfil y funciones a las responsabilidades de los programas de atención del modelo de atención. Luego de esto, ejecuta una nueva asignación de funciones a este personal, generalmente ampliando las mismas para cumplir con las necesidades operativas polifuncionales del modelo de atención. Paso seguido, las unidades responsables de la gestión del recurso humano, y partiendo de las brechas identificadas por el proceso de planificación estratégica, elaboran los perfiles del personal sanitario nuevo a contratarse para llenar las brechas de implementación, desarrollan el proceso de reclutamiento de este, les seleccionan y gestionan toda la ruta

de la contratación. El segundo subproceso es el de *desarrollo del talento humano*. En este se apoya la organización y ejecución de la inducción y capacitación-implementación continuos que se ejecuta también en el proceso de atención y vigilancia en salud integral e incluyente (en el macroproceso de atención, regulación y vigilancia). Además de esto, ejecuta la formación de recurso humano nuevo a partir del fortalecimiento de las seis Escuelas Nacionales de Enfermería (ENE), particularmente, en la formación de más de 1,400 auxiliares de enfermería durante 11 meses, a partir de la creación de 18 sedes de extensión de formación adscritas a las ENE (tres por escuela). Este subproceso incluye, el alquiler y equipamiento de estas sedes, la compra de vehículos, la contratación de enfermeras docentes, supervisores e inclusive el fortalecimiento del financiamiento del programa de becas para estudiantes a través del Acuerdo Gubernativo del 175-2015, entre otros. Con esto, el MSPAS contaría cada año adicional al primero de implementación, con personal adicional para cerrar las brechas en la apertura de nuevos puntos de atención de salud.

Este proceso tiene un costo promedio anual de Q 33.9 millones, los cuales son en su vasta mayoría el financiamiento para las seis ENE.

- **La gestión logística** se desarrolla primordialmente en el ciclo de reorganización administrativa. Este incluye al menos dos grandes subprocesos, el de *gestión farmacéutica de afines y equipo médico* y el de *gestión del transporte sanitario*. El primero contribuye en la selección y definición técnica de las especificaciones de los medicamentos, y biológicos para el desarrollo de sus bases de adquisición (desarrolladas por el proceso de gestión administrativa), en la garantía de su distribución y almacenaje hasta los puntos de servicio (incluyendo la garantía del manejo de la bioseguridad, cadena de frío y desechos), así como en el monitoreo y evaluación de los niveles de abastecimientos de todas las unidades de servicios. También apoya a la atención farmacéutica adecuada a las y los usuarios en los puntos de atención. En el subproceso de *gestión de vehículos*, es el encargado de definir el control logístico de las rutas (para la atención, de emergencias, de distribución, de protocolo, entre otras) y el de equipar a toda la red de atención con los vehículos necesarios para su correcto funcionamiento, entre estos: vehículos cuatro por cuatro para la atención en servicios, vehículos cuatro por cuatro de apoyo a las ENE (y sus nuevas extensiones) y camiones cuatro por cuatro para el fortalecimiento de las capacidades de distribución (de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos) de las áreas de salud. Este último subproceso también garantiza que el parque vehicular cuente siempre con conductores habilitados para ejecutar las rutas, se encuentre siempre con gasolina para funcionar, se paguen los seguros de los vehículos y que estos reciban continuamente servicios de mantenimiento programados y/o reparación cuando sea necesario.

  Este proceso tiene un costo promedio anual de Q 143.4 millones (0.02% del PIB), particularmente por el costo de los vehículos nuevos, sus seguros, combustible y servicios de mantenimiento y reparación.

- **La gestión de la información** se desarrolla a lo largo de todos los ciclos de implementación. Este contiene cinco subprocesos importantes: análisis, diseño y desarrollo, desarrollo de bases de datos, diseño e integración de soluciones de información,

infraestructura de la información e Implementación, Capacitación y Asistencia Técnica (ICAT). En el ciclo preparatorio se desarrolla el subproceso de ***análisis, diseño y desarrollo*** a través de la capacitación de los equipos del nivel central en cursos de Java y Java avanzados y para el análisis y diseño de modificaciones al sistema de información del MIS, el SIMIS. El subproceso de ***desarrollo de bases de datos*** inicia por su parte los procesos de capacitación sobre la base de datos del SIMIS, mientras el subproceso de ***diseño e integración de soluciones de información*** implementa capacitaciones sobre la identificación de necesidades de información para difusión en el manejo del SIMIS. El subproceso de ***infraestructura de la información*** desarrolla además capacitaciones sobre la configuración de máquinas virtuales y de sincronización semanales de información. Este mismo subproceso se prepara e implementa además visitas en terreno de reconocimiento de la infraestructura adecuada para ser alquilada en los DMS como sedes de expansión de su capacidad instalada de sus sistemas de información. En el ciclo de reorganización administrativa, el subproceso de ***desarrollo de bases de datos*** configura la red de servicios que inicia su habilitación a medida que el modelo de atención se va implementando en el territorio. El subproceso de *ICAT* inicia a fortalecerse con la contratación e inducción de los nuevos equipos de coordinación y apoyo a nivel de DMS y el subproceso de ***infraestructura de la información*** inicia con las visitas de instalación del sistema de información en DMS y DAS, así como de la instalación de todo el equipamiento de este. En el ciclo de creación de condiciones, el subproceso de *ICAT* implementa de forma paralela a los programas de atención, la digitación al sistema de información del croquis y conteo poblacional, la actualización de nacimientos, defunciones, traslados e ingresos de nuevas familias, la línea basal, la ficha comunitaria y la actualización de los conteos poblacionales, los cuales se consolidan como procesos permanentes. En el ciclo de atención, vigilancia y gestión, el subproceso de ***diseño e integración de soluciones de información*** desarrolla e implementa el instrumento de flujo de información, lo revisa con los equipos de trabajo y lo socializa a la red de gestión de la información. El subproceso de *ICAT* avanza en el acompañamiento de los programas de atención, particularmente con el ingreso de la ficha clínica, cuaderno, proceso de embarazo, ficha familiar y el directorio de terapeutas ancestrales y abuelas comadronas, entre otros.

Este proceso tiene un costo promedio de Q 53.1 millones (0.01% del PIB), siendo gran parte del costo los equipos de computación del sistema de información (computadoras, cableado, antivirus, mobiliario y equipo, otros) y los equipos de coordinación y apoyo de gestión de la información a contratarse a nivel de DMS.

Tabla 11

Gestión y soporte: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos, subprocesos y actividades, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Macroprocesos, procesos, ciclos, subprocesos y actividades	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gestión y soporte	**Q 102.1**	**Q 166.7**	**Q 256.5**	**Q 279.7**	**Q 298.4**	**Q 278.9**
Gestión administrativa	-	-	-	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	-	-	-	-	-	-
Compras y contrataciones	-	-	-	-	-	-
Adquisiciones	-	-	-	-	-	-
Gestión de bases de adquisición	-	-	-	-	-	-
Planificación anual de compras y contrataciones	-	-	-	-	-	-
Gestión financiera	-	-	-	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	-	-	-	-	-	-
Presupuesto	-	-	-	-	-	-
Formulación	-	-	-	-	-	-
Programación	-	-	-	-	-	-
Ejecución	-	-	-	-	-	-
Gestión del talento humano	**Q 36.0**	**Q 31.6**	**Q 32.8**	**Q 33.3**	**Q 34.4**	**Q 35.5**
Ciclo de reorganización administrativa	Q 0.8	Q 0.5	Q 0.6	-	-	-
Gestión de puestos y dotación	Q 0.8	Q 0.5	Q 0.6	-	-	-
Gestión de puestos y perfiles	Q 0.8	Q 0.5	Q 0.6	-	-	-
Reorganización del personal	-	-	-	-	-	-
Asignación de funciones	Q 0.8	Q 0.5	Q 0.6	-	-	-
Dotación	-	-	-	-	-	-
Reclutamiento	-	-	-	-	-	-
Selección	-	-	-	-	-	-
Contratación	-	-	-	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	**Q 35.2**	**Q 31.1**	**Q 32.2**	**Q 33.3**	**Q 34.4**	**Q 35.5**
Desarrollo del talento humano	Q 32.7	Q 31.1	Q 32.2	Q 33.3	Q 34.4	Q 35.5
Capacitación	Q 2.5	-	-	-	-	-
Formación (nuevo) ENE	Q 32.7	Q 31.1	Q 32.2	Q 33.3	Q 34.4	Q 35.5
Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud	-	-	-	-	-	-
Desarrollo del talento humano	-	-	-	-	-	-
Capacitación	-	-	-	-	-	-
Gestión logística	Q 31.0	Q 84.4	Q 150.4	Q 194.5	Q 210.9	Q 188.9
Ciclo de reorganización administrativa	Q 31.0	Q 84.4	Q 150.4	Q 194.5	Q 210.9	Q 188.9
Gestión formaceútica, de afines y equipo médico	-	-	-	-	-	-
Selección	-	-	-	-	-	-
Adquisición	-	-	-	-	-	-
Distribución	-	-	-	-	-	-
Almacenamiento	-	-	-	-	-	-
Atención al usuario	-	-	-	-	-	-
Gestión del transporte sanitario	**Q 31.0**	**Q 84.4**	**Q 150.4**	**Q 194.5**	Q 210.9	Q 188.9
Control logístico de rutas	Q 2.9	Q 38.6	Q 58.3	Q 88.6	Q 87.2	Q 52.6
Vehículos nuevos (camión 4x4)	-	Q 5.9	Q 4.5	Q 4.2	-	-

Continúa...

Tabla 11

Gestión y soporte: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos, subprocesos y actividades, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Macroprocesos, procesos, ciclos, subprocesos y actividades	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Vehículos nuevos (pickups 4x4)	Q 2.9	Q 32.8	Q 53.9	Q 84.4	Q 87.2	Q 52.6
Taller y control de vehículos	Q 28.1	Q 45.8	Q 92.1	Q 105.9	Q 123.7	Q 136.3
Gasolina	Q 10.0	Q 17.1	Q 35.5	Q 43.8	Q 50.3	Q 55.0
Gasolina (distribución)	-	Q 0.2	Q 0.3	Q 0.4	Q 0.4	Q 0.4
Mantenimiento de vehículos	Q 14.1	Q 24.8	Q 46.0	Q 53.2	Q 60.8	Q 66.3
Mantenimiento de vehículos (distribución)	-	Q 0.4	Q 0.7	Q 1.0	Q 1.1	Q 1.1
Reparación de vehículos	Q 4.0	Q 1.9	Q 5.8	-	-	-
Seguro de vehículos	-	Q 1.3	Q 3.5	Q 7.0	Q 10.7	Q 13.2
Seguro de vehículos (distribución)	-	Q 0.1	Q 0.2	Q 0.3	Q 0.4	Q 0.4
Gestión de la información	Q 35.1	Q 50.6	Q 73.3	Q 51.9	Q 53.0	Q 54.4
Ciclo preparatorio	Q 0.3	Q 0.1	Q 0.0	-	-	-
Análisis, diseño y desarrollo	Q 0.1	-	-	-	-	-
Curso de Java avanzado	Q 0.1	-	-	-	-	-
Curso de Java y frameworks de desarrollo, para equipo de desarrollo	Q 0.1	-	-	-	-	-
Formación a SIGSA para el análisis y diseño de modificaciones en SIMIS	-	-	-	-	-	-
Desarrollo de base de datos	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Capacitación en base de datos del SIMIS	-	-	-	-	-	-
Diseño e integración de soluciones de información	**-**	**-**	**-**	**-**	-	-
Capacitación en base de datos del SIMIS	-	-	-	-	-	-
Capacitación en identif. de necesidades de información para difusión	-	-	-	-	-	-
Infraestructura de la información	**Q 0.2**	**Q 0.1**	**Q 0.0**	-	-	-
Capacitación en configuración de MV	-	-	-	-	-	-
Capacitación para seguimiento a sincronización semanal de información	-	-	-	-	-	-
Capacitación a ICAT, cómo realizar visitas de reconocimiento	-	-	-	-	-	-
Revisión y ajuste de rutas para visitas de reconocimiento	-	-	-	-	-	-
Rutas de visitas de reconocimiento	Q 0.2	Q 0.1	Q 0.0	-	-	-
Ciclo de reorganización administrativa	Q 34.4	Q 48.1	Q 70.8	Q 51.0	Q 52.7	Q 54.4
Desarrollo de bases de datos	-	-	-	-	-	-
Configuración de la red de servicios	-	-	-	-	-	-
Implementación, capacitación y asistencia técnica (ICAT)	Q 8.0	Q 29.2	Q 45.1	Q 46.6	Q 48.2	Q 49.7
Habilitación de equipos de coordinación	Q 4.4	Q 16.1	Q 24.2	Q 25.0	Q 25.8	Q 26.6
Habilitación de equipos de apoyo	Q 3.6	Q 13.1	Q 20.9	Q 21.6	Q 22.3	Q 23.1
Infraestructura de la información	Q 26.4	Q 18.9	Q 25.7	Q 4.4	Q 4.6	Q 4.7
Equipamiento y mantenimiento de SIMIS	Q 26.4	Q 18.8	Q 25.7	Q 4.4	Q 4.6	Q 4.7
Rutas de visitas de instalación	Q 0.0	Q 0.1	Q 0.0	-	-	-

Continúa...

Tabla 11

Gestión y soporte: costos de implementación de la RASI por procesos, ciclos, subprocesos y actividades, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Macroprocesos, procesos, ciclos, subprocesos y actividades	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ciclo de creación de condiciones	Q 0.4	Q 1.5	Q 1.5	Q 0.3	-	-
Implementación, Capacitación y Asistencia Técnica (ICAT)	Q 0.4	Q 1.5	Q 1.5	Q 0.3	-	-
PCOS - Croquis y conteo poblacional	Q 0.4	Q 0.3	Q 0.3	-	-	-
PCOS - Conteo poblacional automático	-	-	-	-	-	-
PCOS - Nacimientos, defunciones, traslados y nuevas familias	-	Q 0.6	Q 0.3	-	-	-
PCOS - Línea basal y ficha comunitaria	-	Q 0.6	Q 0.3	-	-	-
PCOS - Actualización de conteo a ICAT del SIGSA	-	-	Q 0.6	Q 0.3	-	-
Ciclo de atención, vigilancia y gestión en salud	-	Q 1.0	Q 1.0	Q 0.6	Q 0.3	-
Diseño e integración de soluciones de información	-	Q 0.0	Q 0.1	Q 0.1	-	-
Diseño de instrumento de flujo de información	-	-	-	-	-	-
Revisión del flujo de información	-	-	Q 0.1	Q 0.1	-	-
Socialización de instrumento de flujo de información	-	Q 0.0	Q 0.0	-	-	-
Implementación, Capacitación y Asistencia Técnica (ICAT)	**-**	**Q 1.0**	**Q 1.0**	**Q 0.6**	**Q 0.3**	**-**
PIAS - Ficha clínica, cuaderno del niño, la niña y embarazo	-	Q 0.6	Q 0.3	-	-	-
PFAS - Ficha familiar	-	Q 0.4	Q 0.3	Q 0.3	-	-
PCOS - Directorio de terapeutas	-	-	Q 0.4	Q 0.3	Q 0.3	-

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

E. Costos de implementación por insumos

En promedio, los costos del talento humano se estiman en Q 1,041.6 millones anuales durante toda la implementación, lo cual implica el 69.3% del costo total del modelo. El segundo insumo más importante son los medicamentos y los útiles menores médico-quirúrgicos y de laboratorio (algodón, alcohol, soluciones, jeringas, guantes, otros), con un costo promedio de Q 83.5 millones y Q 38.1 millones respectivamente, lo que implica 8.1% del costo total de la RASI. Finalmente, el equipamiento de la red alcanza en su totalidad un costo de Q 293 millones (19.5% del costo de implementación) que incluye, entre otros, el costo promedio de Q 77.6 millones del equipamiento médico de la red de servicios, Q 54.7 millones por la compra de vehículos todo terreno nuevos (para los servicios, para las escuelas nacionales de enfermería y para las rutas de distribución logística), Q 46.9 millones de gastos de reparación y mantenimiento del parque vehicular antiguo y el nuevo, Q 35.6 millones de gasto de la gasolina y Q 6.2 millones los seguros de los mismos. Adicionalmente, se encuentran Q 14.2 millones para la compra del equipo de cómputo del sistema de información, Q 5.3 millones para el equipamiento de oficinas en DMS y Q 53.2 millones en gastos de impresiones, libros y gastos de papelería y útiles propios de los recursos de formación, capacitación y herramientas de control de la atención, de inventarios, entre otros. Estos rubros de personal, medicamentos y equipo, son el 96.9% del gasto global de la propuesta de la RASI, lo cual, desde otra perspectiva, solo refleja la brecha histórica del MSPAS en su red de servicios, que en esta ocasión se organiza y prioriza bajo un modelo que garantiza el acceso público universal a la salud, y con ello, aumenta la capacidad del sistema de garantizar el derecho a la salud de la población.

Tabla 12

Costos promedio de implementación de la RASI por renglón de gasto, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Ren.	Insumos	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Promedio
29	Remuneraciones de personal temporal	Q 185.7	Q 709.1	Q 1,238.8	Q 1,327.7	Q 1,372.0	Q 1,416.2	Q 1,041.6
266	Productos medicinales y farmacéuticos	Q 22.3	Q 37.7	Q 61.8	Q 86.0	Q 121.0	Q 172.1	Q 83.5
323	Equipo médico-sanitario y de laboratorio	Q 184.1	Q 119.5	Q 155.5	Q 2.1	Q 2.2	Q 2.3	Q 77.6
325	Equipo de transporte	Q 2.9	Q 38.6	Q 58.3	Q 88.6	Q 87.2	Q 52.6	Q 54.7
165	Mant. y rep. de transporte	Q 18.1	Q 27.1	Q 52.5	Q 54.3	Q 61.9	Q 67.4	Q 46.9
295	Útiles menores médico-quirúrgicos	Q 6.2	Q 13.3	Q 27.1	Q 39.4	Q 57.7	Q 85.2	Q 38.1
262	Combustibles y lubricantes	Q 10.0	Q 17.3	Q 35.8	Q 44.3	Q 50.8	Q 55.4	Q 35.6
241	Papel de escritorio	Q 15.9	Q 23.3	Q 34.5	Q 35.7	Q 36.9	Q 38.1	Q 30.7
122	Impresión, encuadernación y reproducción	Q 11.6	Q 17.4	Q 28.8	Q 24.9	Q 25.6	Q 26.4	Q 22.5
133	Viáticos en el interior	Q 24.4	Q 17.8	Q 26.1	Q 21.6	Q 12.6	Q 4.0	Q 17.7

Continúa...

Tabla 12

Costos promedio de implementación de la RASI por renglón de gasto, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Ren.	Insumos	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Promedio
151	Arrendamiento de edificios y locales	Q 10.7	Q 16.2	Q 21.1	Q 18.6	Q 16.7	Q 17.1	Q 16.7
328	Equipo de cómputo	Q 26.8	Q 18.8	Q 25.7	Q 4.4	Q 4.6	Q 4.7	Q 14.2
416	Becas de estudio en el interior	Q 6.2	Q 6.5	Q 6.7	Q 6.9	Q 7.2	Q 7.4	Q 6.8
191	Primas y gastos de seguros y fianzas	-	Q 1.4	Q 3.7	Q 7.4	Q 11.1	Q 13.5	Q 6.2
322	Equipo de oficina	Q 12.0	Q 8.1	Q 9.6	Q 1.8	-	-	Q 5.3
233	Prendas de vestir	Q 3.4	Q 3.5	Q 3.7	Q 3.8	Q 3.9	Q 4.0	Q 3.7
196	Servicios de atención y protocolo	Q 1.7	Q 2.9	Q 2.2	Q 1.1	-	-	Q 1.3
211	Alimentos para personas	Q 0.6	Q 0.2	Q 0.4	Q 0.3	Q 0.2	-	Q 0.3
121	Divulgación e información	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	-	-	Q 0.1
162	Mant. y rep. de equipo de oficina	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1	Q 0.1
	Total general	**Q 542.6**	**Q 1,078.8**	**Q 1,792.5**	**Q 1,769.2**	**Q 1,871.5**	**Q 1,966.5**	**Q 1,503.5**

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

F. Costos de infraestructura nueva

1. Brechas de infraestructura

La brecha de puestos de salud se estima a partir de la organización y reordenamiento territorial de los DMS basada en la adscripción poblacional que delimita la medida de planificación definida como *sector* propuesta en la RASI. En el proceso de levantamiento de brechas, los equipos de salud de los DMS identifican los *sectores* que tienen algún tipo de infraestructura y aquellos que no. De este ejercicio, se identifica que el país tiene una brecha de 4,461 puestos de salud y un total de 2,507 sectores con algún tipo de infraestructura, sea este un puesto de salud o centro de convergencia[7].

Las brechas son significativamente altas en las 09 AS priorizadas, estimadas en 1,742 puestos de salud, seguidamente por el grupo de las AS II con 1,648 y finalmente las 10 AS I con 1,021. Estas brechas son tan altas que entre 2020-2025 el país podría cerrar únicamente 60.5% de la brecha con un esfuerzo de inversión importante. El país necesitaría al menos 10 años de inversión continua para cerrar las brechas de las redes locales de atención de la RASI.

7 Datos oficiales del MSPAS (2017c), estiman que la red de servicios en el primer nivel de atención cuenta con 1,231 puestos de salud. No obstante, estos datos difieren de las cuentas nacionales de salud (2017d).

Tabla 13

Brecha de infraestructura en la implementación de la RASI según la planificación territorial de 2017

Áreas de salud	Sectores c/infraes.	Sectores s/infraes.	Municipios	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Remanente
09 AS	**1,245**	**1,742**	**139**	**-**	**339**	**139**	**139**	**339**	**139**	**647**
Alta Verapaz	367	303	17	-	59	17	17	59	25	126
Chiquimula	165	62	11	-	12	11	11	12	11	5
Huehuetenango	163	454	33	-	88	33	33	88	33	178
Ixcán	18	29	1	-	6	1	1	6	1	15
Ixil	88	20	3	-	4	3	3	4	3	3
Quiché	151	195	17	-	38	17	17	38	17	68
San Marcos	149	451	30	-	88	30	30	88	30	185
Sololá	90	80	19	-	16	19	19	16	11	0
Totonicapán	54	148	8	-	29	8	8	29	8	66
10 AS I	**759**	**1,021**	**104**	**-**	**104**	**304**	**104**	**104**	**304**	**101**
Baja Verapaz	114	50	8	-	8	15	8	8	11	0
Chimaltenango	99	163	16	-	16	49	16	16	49	18
Izabal	82	95	5	-	5	28	5	5	36	15
Jalapa	94	47	7	-	7	14	7	7	12	0
Petén norte	28	60	6	-	6	18	6	6	18	6
Petén suroccidente	49	17	3	-	3	5	3	3	3	0
Petén suroriente	34	42	5	-	5	13	5	5	11	3
Quetzaltenango	147	254	24	-	24	76	24	24	76	31
Retalhuleu	59	103	9	-	9	31	9	9	31	15
Suchitepéquez	53	190	21	-	21	57	21	21	57	14
10 AS II	**503**	**1,698**	**97**	**-**	**97**	**97**	**297**	**97**	**97**	**1,013**
El Progreso	46	27	8	-	8	8	5	6	-	0
Escuintla	55	197	14	-	14	14	34	16	18	101
Guatemala central	19	313	1	-	1	1	55	1	1	254
Guatemala noroccidente	45	269	5	-	5	5	47	5	5	202
Guatemala nororiente [1]		200	7	-	7	7	35	7	7	137
Guatemala sur	35	345	4	-	4	4	60	4	4	269
Jutiapa	88	134	17	-	17	17	23	17	21	39
Sacatepéquez	48	91	16	-	16	16	16	16	20	7
Santa Rosa	101	77	14	-	14	14	13	14	17	5
Zacapa	66	45	11	-	11	11	8	11	4	0
Nacional	**2,507**	**4,461**	**340**	**-**	**540**	**540**	**540**	**540**	**540**	**1,761**

Fuente: MSPAS (2017c). **Nota**: 1/ El área de salud de Guatemala nororiente no tenía información por lo que se designó una brecha con base en la experiencia del ISIS.

2. Tipología de la inversión propuesta

La infraestructura está definida por los lineamientos del departamento de proyectos de la unidad de planificación estratégica del MSPAS. Existen diversos tipos de infraestructura que se acomodan a un entorno cambiante de clima, topografía y tipología del terreno, entre otras. Para la estimación de los costos de la infraestructura se utilizó el puesto de salud típico con un estimado de construcción entre Q 1.0 millón por unidad. Esto incluye todo el proceso de construcción (muros de contención, cisternas, centro de acopio, otros).

Para la estimación del equipamiento de la infraestructura nueva se utilizó el listado oficial propuesto de equipo del MSPAS. Este fue revisado por el equipo de trabajo del ISIS, luego de lo cual fueron agregados varios insumos. Este listado difiere del utilizado para la recuperación de la infraestructura actual en los apartados anteriores, puesto que la lista anterior se basa únicamente en insumos y equipamiento básico para el remozamiento. En este caso se consideró el equipamiento completo. (El listado del equipamiento se puede revisar en los anexos).

La estimación de costos incluyo los costos de luz, agua, desechos y un mantenimiento anual.

3. Ruta de implementación

La estrategia de inversión planteada para el inicio de la construcción de los puestos de salud es la siguiente: cada año el MSPAS programa y construye 200 puestos de salud (que es la capacidad teórica máxima que se estima, dada su capacidad administrativa y técnica instalada) mientras se coordina con las municipalidades y COMUDE, para la construcción de 01 puesto de salud por municipalidad en cada año durante los años que dure la inversión que se necesita, para un total de 340 puestos de salud por parte de las municipalidades/COMUDE anualmente. Esto implicaría la construcción de 540 puestos de salud anuales. Los 200 puestos de salud del MSPAS se programarían en cada grupo de AS priorizada en cada año alternando los años, repitiéndose el ciclo cada tres años, empezando por las primeras 09 AS priorizadas. El primer año de inversión, sería 2021, dado que el esfuerzo de programación de dicha infraestructura llevaría un año y estaría disponible en el presupuesto de ingresos y egresos del año inicial, 2020. Cada departamento dentro de cada grupo de AS es priorizado por el MSPAS según el porcentaje de brechas que tiene el departamento en relación con el total del grupo, esto garantiza un criterio de equidad. Esto sirve en la medida que las brechas se van cerrando y en algunos departamentos queda asignada mayor infraestructura de la que necesita, por lo que esta es programada en otro departamento del grupo identificado con alta necesidad[8].

Como se mencionó anteriormente, las brechas son tan altas que el esfuerzo 2020-2025 solo logra cerrar 60% de las brechas. No se consideró aportes a la inversión por parte de la cooperación internacional u otras fuentes de financiamiento.

4. Inversión en infraestructura nueva

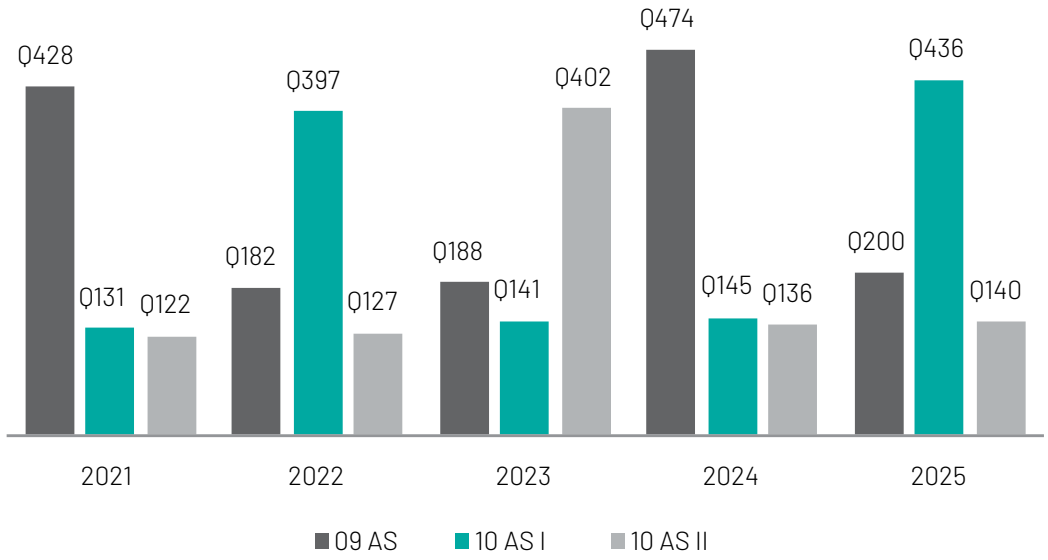
La inversión en infraestructura se ha separado de la estimación de costos de la RASI debido a las brechas multimillonarias e históricas de la misma, las cuales valen la pena diferenciar como un esfuerzo nacional por sí mismo. Según los criterios de planificación territorial de la RASI, se estima que en las redes locales de salud faltan

8 En el ejercicio, estas transferencias suceden a favor de Escuintla en el 2024; en Alta Verapaz, Izabal, Escuintla, Jutiapa, Sacatepéquez y Santa Rosa en el 2025.

4,461 puestos de salud. La brecha es tan alta que entre 2020-2025 solo se avanzaría 60.5% en su cierre. La estrategia propuesta para lo mismo implicaría que el MPSAS junto con las municipalidades y COMUDE construyan 540 puestos de salud anuales, 200 a cargo del MSPAS y 1 por cada municipalidad y COMUDE (340 en total al año). El costo promedio de esta inversión se estima en Q 729.8 millones anuales o bien 0.1% PIB cada año. Esto incluiría infraestructura, equipamiento y servicios. En todo el período 2020-2025, la inversión en la ampliación de la red de servicios en las redes locales se estima alcanzaría un acumulado de Q 3,649.1 millones (0.4% del PIB) en esta primera etapa de implementación.

Gráfica 13

Costos anuales de infraestructura, equipamiento y servicios de puestos de salud para la implementación de la RASI, 2020-2025 (en millones de quetzales)



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS y del ISIS.

Continúa...

Tabla 14

Costeo total de inversión en infraestructura por AS, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Áreas de Salud	2021	2022	2023	2024	2025
09 AS	**Q 427.9**	**Q 181.7**	**Q 188.0**	**Q 473.7**	**Q 200.5**
Alta Verapaz	Q 74.4	Q 22.2	Q 23.0	Q 82.4	Q 36.1
Chiquimula	Q 15.2	Q 14.4	Q 14.9	Q 16.9	Q 15.9
Huehuetenango	Q 111.5	Q 43.1	Q 44.6	Q 123.5	Q 47.6
Ixcán	Q 7.1	Q 1.3	Q 1.4	Q 7.9	Q 1.4
Ixil	Q 4.9	Q 3.9	Q 4.1	Q 5.4	Q 4.3
Quiché	Q 47.9	Q 22.2	Q 23.0	Q 53.0	Q 24.5
San Marcos	Q 110.8	Q 39.2	Q 40.6	Q 122.6	Q 43.3
Sololá	Q 19.6	Q 24.8	Q 25.7	Q 21.8	Q 15.9
Totonicapán	Q 36.4	Q 10.5	Q 10.8	Q 40.2	Q 11.5
10 AS I	**Q 131.3**	**Q 397.4**	**Q 140.6**	**Q 145.3**	**Q 436.4**
Baja Verapaz	Q 10.1	Q 19.5	Q 10.8	Q 11.2	Q 15.9
Chimaltenango	Q 20.2	Q 63.4	Q 21.6	Q 22.4	Q 70.0
Izabal	Q 6.3	Q 37.0	Q 6.8	Q 7.0	Q 52.3
Jalapa	Q 8.8	Q 18.3	Q 9.5	Q 9.8	Q 17.3
Petén norte	Q 7.6	Q 23.4	Q 8.1	Q 8.4	Q 25.8
Petén suroccidente	Q 3.8	Q 6.6	Q 4.1	Q 4.2	Q 4.3
Petén suroriente	Q 6.3	Q 16.3	Q 6.8	Q 7.0	Q 15.9
Quetzaltenango	Q 30.3	Q 98.9	Q 32.5	Q 33.5	Q 109.1
Retalhuleu	Q 11.4	Q 40.1	Q 12.2	Q 12.6	Q 44.2
Suchitepéquez	Q 26.5	Q 74.0	Q 28.4	Q 29.3	Q 81.6
10 AS II	Q 122.4	Q 126.8	Q 401.6	Q 135.5	Q 139.9
El Progreso	Q 10.1	Q 10.5	Q 6.4	Q 8.4	-
Escuintla	Q 17.7	Q 18.3	Q 46.6	Q 22.4	Q 26.0
Guatemala central	Q 1.3	Q 1.3	Q 74.0	Q 1.4	Q 1.4
Guatemala noroccidente	Q 6.3	Q 6.5	Q 63.6	Q 7.0	Q 7.2
Guatemala nororiente	Q 8.8	Q 9.2	Q 47.3	Q 9.8	Q 10.1
Guatemala sur	Q 5.0	Q 5.2	Q 81.6	Q 5.6	Q 5.8
Jutiapa	Q 21.5	Q 22.2	Q 31.7	Q 23.8	Q 30.3
Sacatepéquez	Q 20.2	Q 20.9	Q 21.5	Q 22.4	Q 28.8
Santa Rosa	Q 17.7	Q 18.3	Q 18.2	Q 19.6	Q 24.5
Zacapa	Q 13.9	Q 14.4	Q 10.6	Q 15.4	Q 5.8
Nacional	**Q 681.6**	**Q 705.9**	**Q 730.2**	**Q 754.6**	**Q 776.8**
Precios reales (IPC 2010)	Q 454	Q 458	Q 462	Q 466	Q 468
% PIB	0.09%	0.09%	0.08%	0.08%	0.08%

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS.

Tabla 15

Costeo total de inversión en puestos de salud, por infraestructura, equipamiento y gasto recurrentes por AS, 2020-2025 (en millones de quetzales)

Areas de Salud	2021	2022	2023	2024	2025	DAS	2021	2022	2023	2024	2025	DAS	2021	2022	2023	2024	2025
09 AS	**427.9**	**181.7**	**188.0**	**473.7**	**200.5**	**10 AS I**	**131.3**	**397.4**	**140.6**	**145.3**	**436.4**	**10 AS II**	**122.4**	**126.8**	**401.6**	**135.5**	**139.9**
Alta Verapaz	**74.4**	**22.2**	**23.0**	**82.4**	**36.1**	**Baja Verapaz**	**10.1**	**19.5**	**10.8**	**11.2**	**15.9**	**El Progreso**	**10.1**	**10.5**	**6.4**	**8.4**	**-**
Equipo	8.2	2.4	2.5	9.0	4.0	Equipo	1.1	2.1	1.2	1.2	1.7	Equipo	1.1	1.1	0.7	0.9	-
Infraestructura	66.0	19.7	20.4	73.1	32.0	Infraestructura	9.0	17.3	9.6	9.9	14.1	Infraestructura	9.0	9.3	5.7	7.4	-
Servicios	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	Servicios	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	Servicios	0.0	0.0	0.0	0.0	-
Chiquimula	**15.2**	**14.4**	**14.9**	**16.9**	**15.9**	**Chimaltenango**	**20.2**	**63.4**	**21.6**	**22.4**	**70.0**	**Escuintla**	**17.7**	**18.3**	**46.6**	**22.4**	**26.0**
Equipo	1.7	1.6	1.6	1.8	1.7	Equipo	2.2	7.0	2.4	2.5	7.7	Equipo	1.9	2.0	5.1	2.5	2.8
Infraestructura	13.5	12.8	13.2	15.0	14.1	Infraestructura	17.9	56.3	19.2	19.8	62.1	Infraestructura	15.7	16.2	41.3	19.8	23.0
Servicios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Servicios	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	Servicios	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Huehuetenango	**111.5**	**43.1**	**44.6**	**123.5**	**47.6**	**Izabal**	**6.3**	**37.0**	**6.8**	**7.0**	**52.3**	**GTM central**	**1.3**	**1.3**	**74.0**	**1.4**	**1.4**
Equipo	12.2	4.7	4.9	13.5	5.2	Equipo	0.7	4.1	0.7	0.8	5.7	Equipo	0.1	0.1	8.1	0.2	0.2
Infraestructura	99.0	38.3	39.6	109.6	42.2	Infraestructura	5.6	32.8	6.0	6.2	46.4	Infraestructura	1.1	1.2	65.7	1.2	1.3
Servicios	0.3	0.1	0.1	0.4	0.1	Servicios	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	Servicios	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
Ixcán	**7.1**	**1.3**	**1.4**	**7.9**	**1.4**	**Jalapa**	**8.8**	**18.3**	**9.5**	**9.8**	**17.3**	**GTM noroccidente**	**6.3**	**6.5**	**63.6**	**7.0**	**7.2**
Equipo	0.8	0.1	0.1	0.9	0.2	Equipo	1.0	2.0	1.0	1.1	1.9	Equipo	0.7	0.7	7.0	0.8	0.8
Infraestructura	6.3	1.2	1.2	7.0	1.3	Infraestructura	7.8	16.2	8.4	8.7	15.4	Infraestructura	5.6	5.8	56.5	6.2	6.4
Servicios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Servicios	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	Servicios	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
Ixil	**4.9**	**3.9**	**4.1**	**5.4**	**4.3**	**Petén norte**	**7.6**	**23.4**	**8.1**	**8.4**	**25.8**	**GTM nororiente**	**8.8**	**9.2**	**47.3**	**9.8**	**10.1**
Equipo	0.5	0.4	0.4	0.6	0.5	Equipo	0.8	2.6	0.9	0.9	2.8	Equipo	1.0	1.0	5.2	1.1	1.1
Infraestructura	4.4	3.5	3.6	4.8	3.8	Infraestructura	6.7	20.7	7.2	7.4	22.9	Infraestructura	7.8	8.1	42.0	8.7	9.0
Servicios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Servicios	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	Servicios	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Quiché	**47.9**	**22.2**	**23.0**	**53.0**	**24.5**	**Petén suroccidente**	**3.8**	**6.6**	**4.1**	**4.2**	**4.3**	**GTM sur**	**5.0**	**5.2**	**81.6**	**5.6**	**5.8**
Equipo	5.3	2.4	2.5	5.8	2.7	Equipo	0.4	0.7	0.4	0.5	0.5	Equipo	0.6	0.6	9.0	0.6	0.6
Infraestructura	42.5	19.7	20.4	47.1	21.8	Infraestructura	3.4	5.9	3.6	3.7	3.8	Infraestructura	4.5	4.6	72.4	5.0	5.1
Servicios	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	Servicios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Servicios	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
San Marcos	**110.8**	**39.2**	**40.6**	**122.6**	**43.3**	**Petén suroriente**	**6.3**	**16.3**	**6.8**	**7.0**	**15.9**	**Jutiapa**	**21.5**	**22.2**	**31.7**	**23.8**	**30.3**
Equipo	12.2	4.3	4.5	13.5	4.7	Equipo	0.7	1.8	0.7	0.8	1.7	Equipo	2.4	2.4	3.5	2.6	3.3
Infraestructura	98.3	34.8	36.0	108.8	38.4	Infraestructura	5.6	14.5	6.0	6.2	14.1	Infraestructura	19.0	19.7	28.1	21.1	26.9
Servicios	0.3	0.1	0.1	0.4	0.1	Servicios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	Servicios	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Sololá	**19.6**	**24.8**	**25.7**	**21.8**	**15.9**	**Quetzaltenango**	**30.3**	**98.9**	**32.5**	**33.5**	**109.1**	**Sacatepéquez**	**20.2**	**20.9**	**21.5**	**22.4**	**28.8**
Equipo	2.2	2.7	2.8	2.4	1.7	Equipo	3.3	10.8	3.6	3.7	12.0	Equipo	2.2	2.3	2.4	2.5	3.2
Infraestructura	17.4	22.0	22.8	19.3	14.1	Infraestructura	26.9	87.7	28.8	29.8	96.8	Infraestructura	17.9	18.6	19.1	19.8	25.6
Servicios	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	Servicios	0.1	0.3	0.1	0.1	0.3	Servicios	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Totonicapán	**36.4**	**10.5**	**10.8**	**40.2**	**11.5**	**Retalhuleu**	**11.4**	**40.1**	**12.2**	**12.6**	**44.2**	**Santa Rosa**	**17.7**	**18.3**	**18.2**	**19.6**	**24.5**
Equipo	4.0	1.1	1.2	4.4	1.3	Equipo	1.2	4.4	1.3	1.4	4.9	Equipo	1.9	2.0	2.0	2.1	2.7
Infraestructura	32.3	9.3	9.6	35.7	10.2	Infraestructura	10.1	35.6	10.8	11.2	39.3	Infraestructura	15.7	16.2	16.2	17.4	21.8
Servicios	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0	Servicios	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	Servicios	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS.

Tabla 16

Costeo total de inversión en puestos de salud, por infraestructura, equipamiento y gasto recurrentes por AS, 2020-2025 (en millones de quetzales)

AS	2020	2021	2022	2023	2024	2025	DAS	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Suchitepéquez	**-**	**26.5**	**74.0**	**28.4**	**29.3**	**81.6**	**Zacapa**	**-**	**13.9**	**14.4**	**10.6**	**15.4**	**5.8**
Equipo		2.9	8.1	3.1	3.2	9.0	Equipo		1.5	1.6	1.2	1.7	0.6
Infraestructura		23.5	65.6	25.2	26.0	72.4	Infraestructura		12.3	12.8	9.4	13.6	5.1
Servicios		0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	Servicios		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS.

G. Fuentes de financiamiento

1. Ingresos propios de la institución

El MSPAS tiene la capacidad de reorganizar a lo interno Q 550 millones en el año 01 para poder cubrir las necesidades de implementación de dicho año. Esto lo podría lograr al realizar los siguientes procesos:

- Organizar al personal administrativo interno a nivel nacional, iniciando con un inventario de funcionarios públicos y una evaluación de desempeño acorde a los perfiles de puesto.
- Revisar, actualizar y reorganizar el presupuesto asignado a procesos de construcción infraestructura detenidos por problemas legales.
- Auditar el desempeño e impacto de las transferencias realizadas a organizaciones no lucrativas privadas y reorganizar cuando sea necesario.
- Reestablecer la unidad de anticorrupción dentro de la institución y avanzar en el desmantelamiento de redes de infiltración y malversación de fondos públicos.
- Revisar y consolidar los procesos de compras de medicamentos a través de esquemas de compra conjunta para distintos niveles de atención y entre el sistema.

2. Ingresos del Sistema de Consejos de Desarrollo (SISCODE)

Lo referente a la inversión en infraestructura, el MSPAS se puede apoyar de las transferencias de más de Q 7,000 millones anuales de las obligaciones a cargo del tesoro al SISCODE y municipalidades para una inversión conjunta en infraestructura de salud en las redes locales de atención. Una propuesta potencialmente posible sería la construcción de 1,000 puestos de salud en mil días, lo cual implicaría la inversión de un puesto de salud por municipalidad durante dos años (para un total de 340 puesto de salud anuales) y de 200 puestos de salud por parte del Ministerio anualmente, durante los mismos dos años.

3. Restablecer la prioridad macro fiscal de la política sanitaria

La carga tributaria del país se encuentra entre las menores de Latinoamérica y del mundo. Así, el fortalecimiento de la política sanitaria nacional solo puede ejecutarse sostenidamente con la recuperación integral del gasto público social. Esto implica la necesidad de aumentar la capacidad recaudatoria del Estado y revisar su esquema impositivo, promoviendo la suficiencia fiscal, la progresividad impositiva y la equidad del gasto. Ante esto, es necesario además que la agenda de inversión pública y gasto social restablezca la prioridad macrofiscal de la política sanitaria en el presupuesto multianual del Estado, siendo esta uno de los ejes articuladores principales de la política social de todos los gobiernos y del compromiso ante los Acuerdos de Paz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta Ramírez, N., Giovanella, L., Vega Romero, R., Tejerina Silva, H., de Almeida, P. F., Ríos, G., Oliveira, S. (2016). Mapping primary health care renewal in South America. Family Practice, 33(3), 261–267. https://doi.org/10.1093/fampra/cmw013

2. Almeida Filho, N. de (2005). Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. Saúde e Sociedade, 14(3), 30–50. https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300004

3. Blanco, José Orlando y Sáenz, 1990. Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano. En: Cuadernos médicos sociales. No. 53. México.

4. Constitución Política de la República de Guatemala: Decretada por la Asamblea Nacional Constituyente (1985). Guatemala.

5. Cunha, E. M. da, & Giovanella, L. (2011). Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 16(suppl 1), 1029–1042. https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036. Decreto Número 90-1997. Código de Salud (1997). Guatemala.

6. CEPAL . (2015). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe.* Santiago, Chile.

7. Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate, 39(105), 300–322. https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002

8. INE (2014). Base de datos de defunciones.

9. INE (2017). Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos. Tomo II. Guatemala.

10. INE (1989). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala.

11. INE (2000). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala.

12. INE (2006). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala.

13. INE (2011). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala.

14. INE (2014). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala.

15. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (2011). El remedio de nuestros males. Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021. Guatemala.

16. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (2014). *Análisis de costos de funcionamiento del Modelo Incluyente de Salud (MIS) y del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el Distrito Municipal de Cuilco, Huehuetenango versus beneficios esperados en materia de salud y de fortalecimiento institucional.* Guatemala.

17. Instituto de Salud Incluyente (2018). Hacia un sistema público integral e incluyente de salud. Reconceptualización y lineamientos técnicos de la Red Nacional de Atención en Salud. La concepción de la espiral. Guatemala.

18. *Medicus Mundi Navarra* (2013). ***Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud***. Multipaís: medicus mundi Navarra Madrid.

19. Ministerio de Finanzas Públicas (2008). Manual de clasificaciones presupuestarias para el sector público de Guatemala. Gobierno de Guatemala.

20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2016). Análisis de situación de salud. Guatemala.

21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017a). Modelo de gestión y atención para área de salud. Guatemala.

22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017b). Modelo de gestión y atención del distrito municipal de salud. Guatemala.

23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, INE, Segeplán (2017). Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (2014/2015). Guatemala.

24. OPS/OMS (2007). ***La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)***. Washington, D.C: OPS, 2007.

25. OPS/OMS (2009). ***Redes integradas de servicios de la salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas***. Washington, D.C

26. OPS/OMS (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. ***53 Consejo Directivo - 66a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas, Washington D.C.***, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

27. Pastor Sánchez, R., López Miras, A., Pérez Fernández, M., & Gérvas Camacho, J. (1997). Continuidad y Longitudinalidad en Medicina General en cuatro Países Europeos. Revista Española de Salud Pública, 71(5), 479–485. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_5_479.pdf

28. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2016). ***Mas allá del conflicto, luchas por el bienestar, Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016.*** Guatemala.

Información en línea

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017a). Proyección de población año 2017. Consolidado nacional por edad simple y sexo según área de salud, departamento y municipio.

2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017b). Formato 1 de sectorización y territorialización de las 29 DAS. Sistema Integral de Atención en Salud. Actualizado al 25 de mayo 2017. Guatemala. Vía acceso libre a la información pública. Revisado en: octubre 2017.

3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017c). Consolidado de sectores con y sin infraestructura. Gobierno de Guatemala.

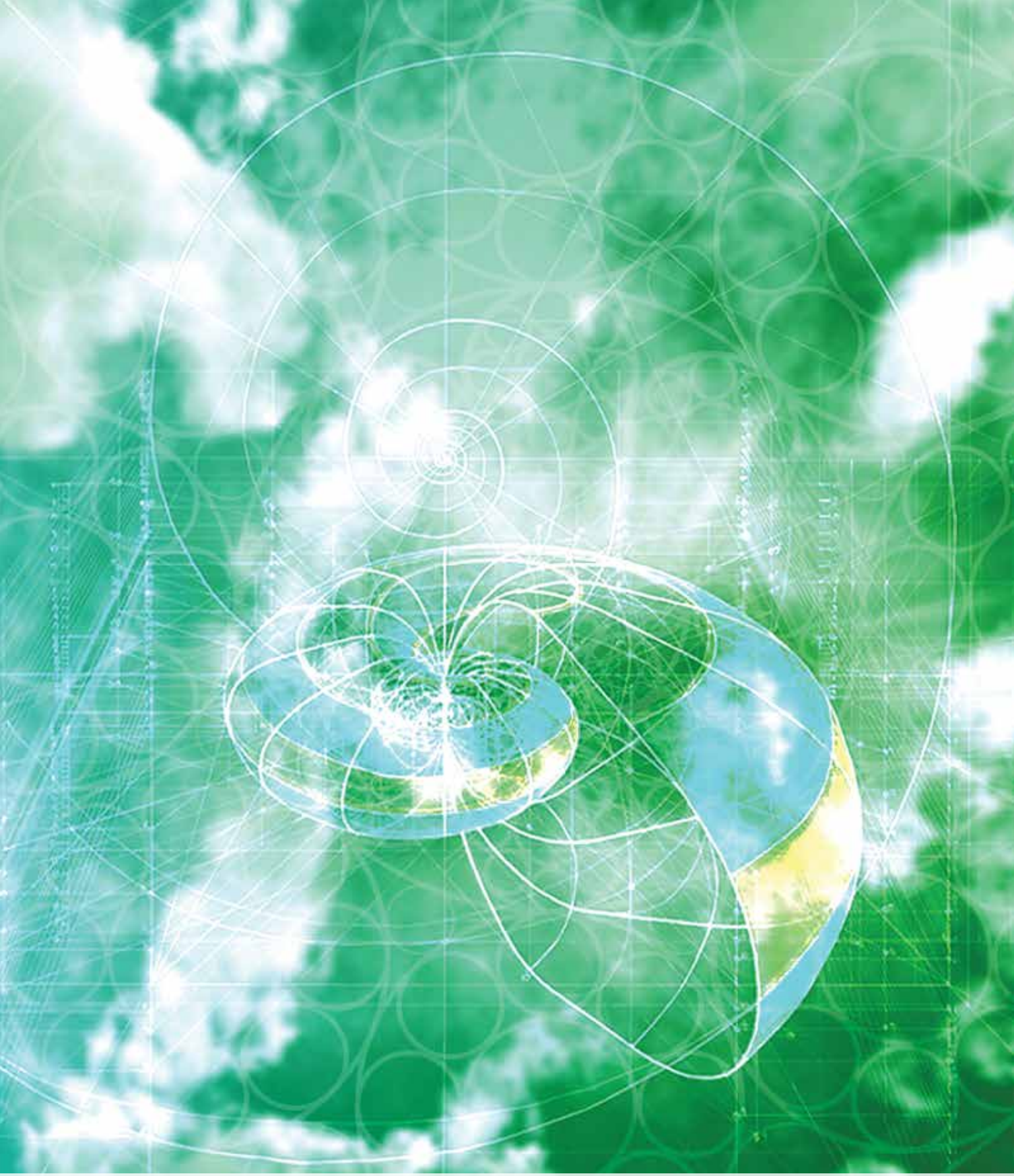
Vía acceso libre a la información pública. Revisado en: octubre 2017.

4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017d). Informe de Cuentas Nacionales de Salud 2010-2015. Gobierno de Guatemala. Vía acceso libre a la información pública. Revisado en: octubre 2017

5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017e). Equipamiento de centros y puestos de salud. Gobierno de Guatemala. Vía acceso libre a la información pública. Revisado en: octubre 2017.

6. Banco de Guatemala (s.f.). Estadísticas macroeconómicas. En línea, disponible en: http://www.banguat.gob.gt/inc/main.asp?id=111348&aud=1&lang=1

7. Fondo Monetario Internacional (2017). World Economic Outlook Database. October 2017 Edition. En línea, disponible en:http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2017/02/weodata/index



ISIS

Nafarroako Gobernua | Gobierno de Navarra

MADRID

Zaragoza
AYUNTAMIENTO
COOPERACIÓN AL DESARROLLO

medicusmundi
navarra-aragón-madrid